



Crianças e adolescentes em psicoterapia



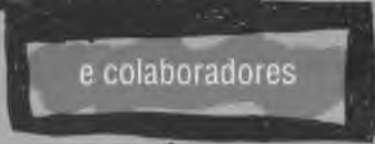
a abordagem
psicanalítica



Maria da Graça Kern Castro



Anie Stürmer



e colaboradores





As origens da psicoterapia de crianças e de adolescentes na psicanálise

1

Anie Stürmer

*Resumo
histórico*

Este capítulo apresenta um breve histórico da psicoterapia de crianças e adolescentes que nasceu de modificações técnicas baseadas na psicanálise. Será feito breve resumo histórico dos principais autores e os eixos teóricos psicanalíticos que embasam a clínica psicoterápica com crianças e adolescentes, começando com as pioneiras, Hermine Von Hugh Hellmuth, Anna Freud e Melanie Klein. Após, são apresentadas algumas contribuições da Psicologia do Ego e da Psicologia das Relações Objetais cujo corpo teórico enriquece a prática da psicoterapia com crianças e adolescentes atualmente. Além disso, aborda o início dessa prática na América Latina.

AS ORIGENS

Freud ao observar seu neto, Ernest, brincando com um carretel, pensou sobre a possibilidade de a criança elaborar suas angústias depressivas através do brinquedo.

Para elaborar o afastamento de sua mãe, o pequenino transformava a ansiedade de separação vivida de forma passiva em algo ativo por meio de sua brincadeira. Simbolicamente, o carretel significava sua mãe, e ele tinha o "poder" de colocá-la longe (*fort*) ou perto (*da*) dele, minimizando assim sua angústia e impotência frente à separação, por meio da capacidade simbólica. Esta criança não chora com a partida da mãe, pelo contrário, transforma essa experiência em jogo. Assim, Freud descreve o menino brincando:

de maneira a resolver

2

Condições essenciais do psicoterapeuta de crianças e adolescentes

Ana Cláudia Santos Meira

Como se forma um psicoterapeuta de crianças e adolescentes? O que ele deve ter? Como deve ser? Existem condições que são peculiares a quem pretende se dedicar ao tratamento de jovens pacientes?

Para começar a escrever sobre um tema tão relevante e poder responder a essas perguntas, busquei a parceria e a interlocução entrevistando colegas que, com uma disponibilidade admirável, compartilharam comigo as reflexões sobre seu *quehacer* enquanto terapeutas de crianças e adolescentes, de modo que agora podemos dizer que este capítulo foi escrito a muitas mãos.

Então, como se forma um psicoterapeuta? A maioria já deve ter ouvido falar do famoso tripé que sustenta a especialização em psicoterapia de orientação psicanalítica. Temos nossa formação firmemente ancorada na soma dos efeitos que o tratamento pessoal, a supervisão e a teoria operam dentro de nós, em nosso aparelho mental. É o que possibilita estarmos mais instrumentalizados para atender a pacientes em psicoterapia segundo os preceitos teóricos da psicanálise. É então da ação desses três elementos que surgirão os atributos essenciais para tratarmos desses pacientes.

Proponho aqui que pensemos em outra forma que não a de um tripé com suportes paralelos e que não se cruzam. Sugiro a forma de três círculos – algo sobrepostos um ao outro – com um campo de intersecção entre eles, para representar, exatamente nesse espaço central – que é parte dos três e ao mesmo tempo um só – o nosso mundo interno. É ali que se posiciona o que de psíquico foi formado e transformado a partir da vivência de um tratamento pessoal, de supervisão da clínica e de nosso

empenho no estudo teórico. É desse lugar – que é acima de tudo da ordem do emocional – que vamos saber, fazer ou ter uma série de qualidades que nos permitirão o exercício efetivo da psicoterapia.

Agora, será que podemos falar dessas qualidades que são comuns aos terapeutas de todas as faixas etárias? Certamente que sim. No entanto, existem atributos que devem ser inerentes aos profissionais que atendem especificamente crianças e adolescentes e peculiaridades próprias da técnica desse atendimento.

Um psicoterapeuta indaga se é possível fazer esse fracionamento da prática por idade, na medida em que o inconsciente – que é o objeto de nossa atenção – não pode ser fracionado por critérios de idade cronológica. Ele localiza as diferenças em questões mais egoicas – as preferências, os gostos – ou em questões de ordem prática – disposição de tempo, consultório, organização do trabalho. Contudo, alerta que lidamos o tempo todo com o *infantil* de nossos pacientes, independente da idade que têm: “é ele [o infantil] que está em jogo, se aquilo que importa na situação analítica é fazer circular o pulsional e a sexualidade infantil, propondo, a partir daí, dissolver sentidos coagulados e afrouxar o recalque – na neurose – ou percorrer os caminhos da constituição psíquica onde aquilo que não se forma possa se constituir *a posteriori* em pacientes mais graves”.

Em expansão ao que esse terapeuta pontua, falaremos aqui das condições que nos habilitam a percorrer esses caminhos pelo psíquico junto a uma parcela específica dos pacientes, que se distingue, sem dúvida, do adulto. Ainda que seja certo que o inconsciente é atemporal e habita com a mesma qualidade a mente de um menino de 5 anos, um rapaz de 15 e um homem de 50 anos, existem diferenças que conferem inegavelmente características diversas na dinâmica, na técnica e no olhar lançado, e, então, nos atributos que o psicoterapeuta de crianças e adolescentes deve ter.

Logo, este capítulo oferece um mapeamento daquilo que é específico do psicoterapeuta, mas também do que o atendimento às três faixas etárias comunga em termos de condições necessárias a quem a ele se dedica.

CARTOGRAFIA DA FORMAÇÃO

Mapeamento do que precisa para a formação

- Submeta-se a um tratamento pessoal – análise ou psicoterapia. É importante estar tranquilo com os seus aspectos infantis e adolescentes, já que, no contato com os jovens pacientes, muitos conflitos, fantasias e defesas serão remobilizadas. Por seu conteúdo mais

Esse bom menino, contudo, tinha um hábito ocasional e perturbador de apanhar quaisquer objetos que pudesse agarrar e atirá-los longe, para um canto, sob a cama, de maneira que procurar seus brinquedos e apanhá-los quase sempre dava um bom trabalho. Enquanto procedia assim, emitia um longo e arrastado “o-o-o-”, acompanhado por expressão de interesse e satisfação (...) O que ele fazia era segurar o carretel pelo cordão e com muita perícia arremessá-lo por sobre a borda de sua caminha encortinada, de maneira que aquele desaparecia por entre as cortinas, ao mesmo tempo que o menino proferia seu expressivo “o-o-o-ó”. Puxava então o carretel para fora da cama novamente, por meio do cordão, e saudava o seu reaparecimento com um alegre “da” (ali). Essa, então, era a brincadeira completa: desaparecimento e retorno Freud (1976/1920).

Essa observação é a pedra inaugural do entendimento do brincar infantil como elemento básico para a compreensão das ansiedades da criança.

Em 1909, a análise do pequeno Hans, de 5 anos, foi conduzida pelo seu próprio pai, supervisionado por Freud, que o orientava quanto às intervenções em relação à fobia do menino. Esse atendimento pode ser considerado o primeiro modelo de uma psicoterapia infantil, e assim foi constatado que a interpretação era possível com uma criança (Castro, 2004).

No ano de 1908, Hermine von Hugh-Hellmuth torna-se a primeira psicanalista de crianças. Ela criou e tratou psicanaliticamente seu próprio sobrinho Rudolph. O menino veio a assassiná-la, aos 18 anos, asfixiando-a, no dia 9 de setembro de 1924. Esse assassinato ficou abafado por muitas décadas, como um segredo a ser preservado. Talvez esse fato tenha impedido um maior avanço da psicanálise e da psicoterapia de crianças nos primeiros anos do século XX. Esse “esquecimento” (Fendrik, p. 102) e o silêncio sobre esse incidente traumático poderia estar ligado ao temor sobre o futuro das crianças analisadas por seus pais ou alguém que estivesse nesse lugar e da impossibilidade de dar conta do que ocorre com transferência (Fendrick, 1991).

Embora Hermine von Hugh-Hellmuth tenha sido pioneira, imagina-se que seu trágico destino, por muito tempo oculto, deva ter eclipsado suas contribuições, pois não legou uma sistematização do seu modo de trabalhar por meio do jogo (Fendrick, 1991; Ferro, 1995).

O desaparecimento de Hermine von Hug-Hellmuth é contemporâneo ao início de Melanie Klein e de Anna Freud, que não poderiam ignorar que a pioneira no terreno que ambas iriam disputar entre si tinha morrido assassinada por

seu jovem sobrinho, em cuja criação tinham sido utilizados critérios inspirados na psicanálise (Fendrick, 1991, p.19).

Dois nomes se impõem quando se fala em atendimento psicanalítico de crianças: Melanie Klein e Anna Freud. A primeira, pela sua apaixonada defesa da análise “pura” e por ter criado um novo modo de interpretação através do jogo; a segunda, pela sua firme convicção na necessidade de uma aliança entre psicanálise e pedagogia.

Melanie Klein

Psicotomia : BOM e MAL

Em 1920, Melanie Klein ouve a comunicação de Hermine von Hugh-Hellmuth, *Sobre a técnica de análise de crianças*, e é convidada por Karl Abraham para trabalhar em Berlim.

Melanie Klein havia iniciado sua análise com Sándor Ferenczi em 1916, sendo estimulada por ele a se dedicar à psicanálise e ao atendimento de crianças, apresentando, em 1919, seu primeiro trabalho como membro da Sociedade Psicanalítica de Budapeste, um estudo de caso: *O desenvolvimento de uma criança*, dedicado à análise de uma criança de 5 anos:

A criança em questão, Fritz, é um menino cujos pais, que são de minha família, habitam na minha vizinhança imediata. Isso permitiu me encontrar muitas vezes, e sem nenhuma restrição, com a criança. Além do mais, como a mãe segue todas as minhas recomendações, posso exercer uma grande influência sobre a educação de seu filho (Klein, 1921/1981, p.16).

Seu primeiro paciente, o pequeno Fritz, com sintomas de inibição intelectual, na realidade, veio a se saber mais tarde, era seu filho Erich. Klein viria a analisar, posteriormente, seus dois outros filhos, Hans e Mellita.

No começo de 1924, Melanie Klein começou uma segunda análise, com Karl Abraham, de quem adotaria algumas ideias para desenvolver suas próprias perspectivas sobre a organização do desenvolvimento sexual. Começava a questionar certos aspectos do complexo de Édipo. Nesse mesmo ano, Melanie Klein foi a Viena para fazer uma comunicação sobre a psicanálise de crianças e, nessa ocasião, confrontou-se diretamente com Anna Freud. O debate estava então aberto e trataria do que “devia” ser a psicanálise de crianças: uma forma nova e aperfeiçoada de pedagogia, posição defendida por Anna Freud, ou a oportunidade de uma exploração psicanalítica do funcionamento psíquico desde o nascimento, como queria Melanie Klein?

A análise com Abraham durou 14 meses e foi interrompida devido a morte de Abraham, em 1925. Com a morte de seu analista, Melanie Klein deixou Berlim, cujo meio psicanalítico aderira às ideias de Anna Freud. Em 1926, a convite de Ernest Jones, Klein se instalou definitivamente em Londres (Lindon, 1981).

Em setembro de 1927, Klein apresentou uma comunicação, *Os estádios precoces do conflito edipiano*, na qual expunha explicitamente suas discordâncias com Freud sobre a datação do complexo de Édipo, sobre seus elementos constitutivos e sobre o desenvolvimento psicosssexual diferenciado dos meninos e das meninas. Com essas posições, o conflito se ampliou. As ideias de Klein suscitaram fortes oposições, que tomaram uma amplitude considerável com a chegada na Inglaterra dos psicanalistas expulsos pelo nazismo, entre os quais Anna Freud e Edward Glover, que consideravam suas ideias metapsicológicas uma heresia idêntica às de Jung e Rank. Diferentemente de Anna Freud, Melanie Klein considerava o brincar infantil uma forma de expressão de conteúdos mentais inconscientes, similar às associações livres dos adultos. Adultos falam e associam, enquanto crianças brincam e trazem à tona seus conflitos, ansiedades e fantasias, e esse material seria suscetível de interpretação no quadro da situação transferencial.

Klein começou a trabalhar com crianças em 1919 e logo observou que, ao brincar, as crianças expressavam suas ansiedades e fantasias, dando acesso à sexualidade infantil e à agressividade: em torno dessas fantasias podia se instaurar uma relação transferencial-contratransferencial entre a criança e o analista. Guiou-se pelo método de interpretação dos sonhos de Freud, dando significado ao brinquedo da criança, aplicando o princípio básico da associação livre (Lindon, 1981). Como atendeu crianças pequenas e pré-verbais, compreendeu a força das fantasias inconscientes primitivas da mente infantil, que aparecem nas sessões através das personificações nos jogos. A personificação e a distribuição de papéis no ato de brincar, baseada nos mecanismos de dissociação e projeção, são o lastro para as transferências (Klein, 1929/1981).

Para Klein, a transferência é a espinha dorsal do tratamento, inclusive a negativa, que interpretava, se necessário, desde as primeiras sessões. Em 1923, analisou Rita, com 2 anos e 9 meses, e usou a caixa individual pela primeira vez. O *setting* instituído é muito semelhante ao que se utiliza ainda hoje. É com esse caso que ela dá um passo definitivo no desenvolvimento da técnica do jogo, passando a analisar seus pacientes em seu consultório, pois até então tratava as crianças em suas casas. Klein

chegou à conclusão de que a transferência só poderia ser estabelecida e mantida se o consultório ou a sala de jogos fosse sentido como algo separado da vida em casa (Lindon, 1981).

Em 1932, Klein publicou sua primeira obra-síntese de seus históricos clínicos, *A psicanálise de crianças*, na qual expunha a estrutura de seus futuros desenvolvimentos teóricos, sobretudo o conceito de posição (posição esquizoparanoide e posição depressiva), assim como sua concepção ampliada da pulsão de morte, expressada pela inveja primária (Zimerman, 2001).

A discordância entre Anna Freud e Melanie Klein não parava de crescer. Klein defendia a ideia de que o tratamento de uma criança poderia ser parte integrante de sua vida, visto que toda a criança passava por uma neurose infantil. Já Anna Freud achava que tratar era necessário apenas quando a neurose se manifestava em sintomas e restringia o tratamento de crianças apenas à expressão do mal-estar parental.

Em julho de 1942, a tensão no seio da Sociedade Britânica de Psicanálise atingiu um ponto crítico pelas divergências quanto às questões teóricas e técnicas entre os partidários de Klein e os de Anna Freud. Assim começou o período das Grandes Controvérsias, inaugurado por um ataque violento de Edward Glover contra a teoria e a prática dos kleinianos (Glover, 1981). Os confrontos assumiram tal intensidade que, em novembro de 1946, depois de intermináveis negociações, marcadas principalmente pela renúncia de Edward Glover à Sociedade Britânica de Psicanálise surgiram três grupos: kleinianos, annafreudianos e independentes. Além disto, destas controvérsias, surgiram duas escolas da psicanálise: a Psicologia do Ego, do qual Anna Freud foi precursora, e, do outro lado, a Psicologia das Relações Objetais, fundada pelas ideias de Melanie Klein.

Nesse campo de batalha entre as duas "divas" da psicanálise infantil está Donald Woods Winnicott, que participava do *middle group*, ou grupo independente, e também trouxe contribuições originais à psicanálise infantil. Não se pode negar a influência de Klein no pensamento de Winnicott, sobretudo, em relação à importância do mundo interno e o poder da fantasia. Ambos tratam os aspectos pré-edípicos da personalidade da criança. (Kahr, 1999). Enquanto Melanie Klein destaca o papel da mãe internalizada, o ponto de vista da inveja, agressividade, voracidade e das experiências psicóticas do bebê, Winnicott prioriza a importância da relação da criança e sua mãe real, ou "mãe ambiente", os aspectos saudáveis e a necessidade de ser amado. Discorda de Klein ao não aceitar o conceito de pulsão de morte e entender a agressividade humana como reação à invasões ambientais e ao sentido do verdadeiro *self*. Enfatiza que os conflitos ligados à perda de conti-

Não suficientemente boa //

O brincar não é só pulsional.

nuidade do *self* são os aspectos que seriam levados para a transferência. Tal como Klein, Winnicott considera um ego rudimentar desde o nascimento, sendo que as relações objetais iniciam a partir desse momento.

Toma emprestado de Klein o papel do jogo como meio de ingressar no mundo infantil, mas com visão diferenciada, pois, para ele, o brincar não é apenas pulsional, enfatizando que o verdadeiro jogo é criativo e ocorre na área dos fenômenos transicionais. O brincar é prazeroso e satisfaz, e quando há elevado grau de ansiedade ou de carga pulsional, o jogo é interrompido ou é usado como descarga. Além disso, Winnicott faz uma abordagem própria da técnica do brinquedo, quando, por exemplo, utiliza o “jogo do rabisco” (*Squiggle*) para se comunicar com alguns de seus pacientes. Considera a psicoterapia como um *espaço transicional*, onde a criança terá a oportunidade de desenvolver sua criatividade.

Anna Freud

Caráter pedagógico no tratamento

Em 1927, publicou sua obra *O tratamento psicanalítico das crianças*, onde relata tratamentos de crianças entre 6 a 12 anos. Enfatizava que os filhos estavam ligados aos pais reais e atuais e, por isso, não eram capazes de desenvolver neurose de transferência e tão pouco de associar livremente. Sustentava que não poderia haver uma repetição enquanto a criança ainda estivesse vivenciando suas ligações originais (Ferro, 1995). Para ela, as crianças não teriam também motivações para se tratar, e seus sofrimentos estariam mais ligados aos sentimentos e conflitos de aprovação/desaprovação com seus pais reais. Em função disso, instituiu um período preparatório, no qual criava uma aliança com o ego da criança e a induzia para aceitação da análise, ao mesmo tempo que valorizava a utilização do sonho, das fantasias diurnas e dos desenhos, mas limitava a utilização do jogo. Aliava fins educativos e pedagógicos ao tratamento.

Anna Freud temia a deterioração das relações da criança com seus pais se fossem analisados seus sentimentos negativos a respeito deles; então tentava manter uma situação positiva. As situações negativas seriam resolvidas por métodos não-analíticos (Ferro, 1995).

Anna Freud criou em 1925 o Kinderseminar (Seminário de Crianças), que se reunia no apartamento da Berggasse. Depois das experiências infelizes de Hermine von Hugh-Hellmuth, tratava-se então de formar terapeutas capazes de aplicar os princípios da psicanálise à educação das crianças.

Além disso, uma de suas maiores contribuições foi a criação e o desenvolvimento da Hampstead Child Therapy Clinic em Londres.

Quanto a Anna Freud, seu pai não hesitou em analisá-la por duas vezes: entre 1918 e 1920 e entre 1922 e 1924. Nessa época, nas décadas iniciais dos tratamentos psicanalíticos, não era anômalo pais tratarem seus próprios filhos ou parentes.

PSICOLOGIA DO EGO

Heinz Hatmann, psicanalista austríaco, migrou para os Estados Unidos como muitos outros psicanalistas europeus perseguidos pelo nazismo, onde, juntamente com Kris, Loewenstein, Rappaport e Erickson, fundou a corrente psicanalítica denominada “Psicologia do Ego”. Esses autores se fundamentaram nos últimos trabalhos de Freud e também se alicerçaram nos trabalhos de Anna Freud (Zimerman, 1999).

Anna Freud focou principalmente nos aspectos do id e ego, explorando os efeitos da pressão pulsional no desenvolvimento do ego. Segue Freud entendendo que o ego tem início corporal, considerando que no início da vida há uma fase anobjetal. Uma das suas principais contribuições teórico-clínicas, ainda muito usada na atualidade, foi a elaboração do seu diagnóstico metapsicológico (perfil desenvolvimental). Ela entendia que a ênfase no ego encaminha o indivíduo para uma adaptação à realidade.

Margareth Mahler, por sua vez, propôs uma dimensão adicional, além da influência de Anna Freud, quando enfatizou seus estudos dos processos de separação/individuação da criança em relação à mãe. Mostrou a complexidade dessa tarefa, levando em conta aspectos mais primitivos, concebendo um ego incipiente na fase simbiótica, e que nessa fase existiriam rudimentos de relações objetais. Mahler valoriza a mãe como elemento do par simbiótico e seu papel para discriminar e diferenciar o bebê de si próprio e desenvolver uma noção de coerência de *self* (Lieberman e Urban, 2000). Elaborou fases do processo separação/individuação, que é base para entender os transtornos *borderline* (Mahler, 1982).

TEORIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS

A perspectiva teórica das relações objetais valoriza os vínculos entre objetos. Nesse modelo relacional, a visão dos fenômenos é enfocada

como *processos interativos* entre *self* e objeto, que levam ao surgimento de novos elementos (Greemberg e Mitchell, 1994).

Consiste num modelo de aparelho psíquico que supõe uma relação objetual desde o início da vida. A partir da relação com os objetos primários, será internalizado um objeto colorido pelas fantasias provocadas por essas experiências. Os objetos internalizados estarão, portanto, sujeitos às deformações operacionalizadas pela vida fantasmática da criança e não corresponderão às características dos objetos reais externos.

O tema das relações objetais recebeu a contribuição de vários autores, embora seja frequentemente utilizado para descrever a abordagem desenvolvida por Melanie Klein.

Contradizendo Freud, Klein sugeriu que o bebê pode ter um ego pouco desenvolvido desde o nascimento, fazendo uso de mecanismos de defesa primitivos, possuindo uma capacidade rudimentar de apreensão de aspectos desde seu nascimento. As fantasias primitivas do bebê emergem interferindo nas percepções e nas interações com a mãe e com seus cuidadores. A partir daí, a criança internalizará “partes” de objetos arcaicos que serão distinguidos entre “bons e maus”. Essas primeiras relações objetais, seio/bebê, se dão com objetos parciais (posição esquizoparanoide), e na medida em que houver maior integração e coesão do ego infantil, a criança estabelece uma relação com objetos totais, entrando na posição depressiva. Klein sustenta que o mundo interno da criança é criado a partir desses processos e é a chave para a saúde mental (Liekerman e Urban, 2000). No desenvolvimento desse modelo teórico, a exitosa elaboração da posição depressiva será garantia de maior saúde mental, com prevalência de mecanismos neuróticos sobre psicóticos (Ferro, 1995).

A vida psíquica é dominada pelo jogo das fantasias inconscientes e das defesas a ela conectadas. O terapeuta se torna alvo dessas fantasias, e o paciente externaliza o que acontece em seu mundo interno ao projetar na atualidade da transferência (Ferro, 1995).

A descrição da identificação projetiva descrita por Klein (como mecanismo para livrar a mente de angústias penosas, evacuando-os para o exterior e para dentro de outro que se torna receptor do processo) torna-se uma aquisição indiscutível para a psicanálise. Bion, mais tarde, muda esta perspectiva, entendendo e ampliando a identificação projetiva como uma forma de comunicação primitiva de emoções (Ferro, 1995). Portanto, a teoria kleiniana, com alguns conceitos e desenvolvimentos originais, deu ascensão à “escola das relações de objeto”, na qual estão

incluídos pensadores como Donald Winnicott, Michael Balint, Ronald Fairbairn e Wilfred Bion. Entretanto, quando esses pensadores concordaram com Klein sobre a atividade precoce do ego, também, ao contrário de Klein e com uma consciência das contribuições de Anna Freud, enfatizaram a dependência total desse ego na ausência da sustentação externa da mãe (Likierman e Urban, 2000).

Herbert Rosenfeld, Donald Meltzer, Antonino Ferro, Anne Alvarez e Francis Tustin, para citar alguns dos pensadores contemporâneos dentre outros, também foram beber na fonte das principais linhas de desenvolvimento do trabalho de Klein, ampliando alguns conceitos que vêm enriquecer ainda mais a teoria psicanalítica, inaugurando o que se denomina atualmente de “psicanálise vincular” (Zimerman, 1999).

AMÉRICA LATINA E BRASIL

Na América Latina, mais precisamente na Argentina, Arminda Aberastury identificada com as ideias de Melanie Klein, traduziu sua obra para o castelhano, desenvolvendo a análise de crianças.

Entre 1948 a 1952, Arminda dirigiu no Instituto de psicanálise da APA um seminário sobre esse tema, formando uma geração de analistas de crianças. Em 1957, apresentou uma comunicação sobre a sucessão dos “estágios” durante os primeiros anos de vida, definindo uma “fase genital prévia”, anterior à fase anal no desenvolvimento libidinal, que, conforme ela, seria início do complexo de Édipo. Conforme Aberastury (1982), a fase anal se estruturaria depois da oral e fálica, por consequência e como solução dos conflitos criados nessa fase. Além disso, focou seus estudos sobre as dificuldades de sono nos lactentes, bem como os transtornos que acompanham a dentição.

Em seu livro *Psicanálise da criança*, enfatiza que sua técnica teve suas raízes da técnica elaborada por Melanie Klein, mas, pela sua experiência permitiu-se realizar uma série de modificações no tocante à forma de conduzir as entrevistas com pais, e destaca as fantasias de “doença e cura” que a criança apresenta nas primeiras horas de jogo. Sem dúvida, essa é uma das suas contribuições técnicas mais originais e que levam o psicoterapeuta a entender que a criança “sabe que está enferma e que compreende e aceita o tratamento” (Aberastury, 1982, p.111).

As ideias de Aberastury, juntamente com Eduardo Kalina e Mauricio Knobel, tiveram forte influência sobre a psicoterapia de crianças e adoles-

centes na década de 1970 no Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Nesse mesmo período, Dr. Fábio Leite Lobo assumia a direção do Instituto de Psicanálise do Rio de Janeiro e trazia uma postura mais aberta, com atitudes pioneiras, vindo a oferecer uma ampliação da prática psicanalítica a não-médicos. Foi nesse período que Eduardo Kalina e Arminda Aberastury desembarcavam no Rio de Janeiro, a fim de oferecer um curso de teoria e clínica psicanalítica. Surpresa foi que muitos profissionais se interessaram pelo tema, sendo a maioria deles psicólogos. Aberastury, que já se envolvia com estudos sobre a criança, havia publicado um trabalho intitulado “O mundo adolescente”, e, desse modo, iniciava uma fase de estudos sobre o tema.

Em se tratando de adolescentes, os trabalhos sobre esse tema no Brasil tiveram desenvolvimento significativo em 1970. Ainda em plena ditadura militar e sem possibilidade de expressar suas angústias frente ao mal-estar social, o adolescente brasileiro, se sentindo sem horizontes, voltava-se para as drogas, alienando-se do mundo real. Junto a isto, estavam os pais assustados e confundidos frente a esse quadro que incluía, essencialmente, a drogadição e a sexualidade. Em consequência disso, multiplicaram-se os psicoterapeutas dedicados a atender adolescentes e suas famílias (Freitas, 1989).

Em 1971, Luis Carlos Osorio, no Rio Grande do Sul, e Carlos Castellar, no Rio de Janeiro, participaram da I Reunião Panamericana de Psiquiatria e Adolescência e do II Congresso Argentino de Psicopatologia Infanto-Juvenil, organizado pela ASAPPIA (Associação Argentina de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência). A partir desses contatos, surge a ideia de criar a APPIA (Associação de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência), que foi fundada em 1972. Esta instituição torna-se revolucionária não apenas por ter ampliado questões científicas, mas também por *“ter funcionado como um espaço que incentivava e referendava a prática psicoterápica, principalmente aos médicos e psicólogos não-psicanalistas”* (Freitas, 1989).

A influência teórica da época era basicamente a de Melanie Klein e Arminda Aberastury, ambas não eram médicas nem psicólogas. O tratamento de crianças era realizado por psicólogas que supervisionavam e se analisavam com psicanalistas de formação médica.

Houve bastante resistência das sociedades psicanalíticas filiadas à IPA em abrir sua formação para psicólogos. Esse “fechamento” resultou que a “classe excluída” fosse buscar sustentação em grupos de estudos, supervisão

e análise com psicanalistas que os apoiavam, fundando uma sociedade exclusiva para psicólogos. Nesse sentido, as APPIAs se constituíam de nomes conceituados da psicologia, psicanálise e psiquiatria, e abriam espaço para diferentes discussões tanto políticas quanto teóricas (Freitas, 1989).

O ESPAÇO DA PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA

Conforme assinalado neste capítulo sobre *As origens da psicoterapia na psicanálise*, em toda a história da psicanálise houve cisões, rupturas, em virtude de diferenças teóricas ou políticas, ou ainda, devido às disputas por espaço no mercado de trabalho.

Aqui no Brasil, mais especificamente, constituiu-se muito árdua a luta dos psicólogos para serem reconhecidos como capazes de exercer a função de psicoterapeutas, pois essa área ficava restrita à medicina.

Nesse hiato que se colocou entre esta “autorização”, foram se constituindo vários cursos de formação de psicólogos, alguns se fortalecendo e se tornando referência no ensino da psicoterapia. Em pesquisa realizada por Selister (2003), em Porto Alegre existem mais de 50 instituições dedicadas ao ensino da psicoterapia. Nesta investigação, descreve que a docência da psicoterapia psicanalítica é exercida essencialmente por mulheres, psicólogas, formadas há mais de 20 anos.

Com a Resolução nº 14/2000, o Conselho Federal de Psicologia regulamentou os cursos de formação e a prática e a experiência dos psicólogos formados em cursos de especialização não ligados ao meio universitário. Conforme Castro (2004), *“essa resolução destaca como imprescindível para realização da psicoterapia que o psicólogo seja obrigado a se submeter a uma especialização em nível de pós-graduação a esse exercício profissional, visto que a prática da psicoterapia é o produto de interação complexa entre a formação, o compromisso com atualização continuada e o cliente”*.

Desta maneira, a psicoterapia de orientação psicanalítica tem um espaço que vai se solidificando com o decorrer dos tempos: toma como sustentação a teoria psicanalítica e os progressos desenvolvidos por seus pensadores, e, a partir daí, constituiu-se em uma técnica própria que dá conta de um campo e um “fazer” que é específico.

Duarte (2003) aponta que, no início dos cursos de formação de psicólogos as disciplinas da área clínica eram ministradas por médicos, o que ofereceu uma base sólida; por outro lado, não favoreceu a identidade profissional do psicoterapeuta, sendo que os primeiros pro-

fissionais “tiveram que dar um pulo, semelhante ao processo de adoção” (Duarte, 2003, p. 22). Esse aspecto ainda se faz presente até hoje, pois não fomos, na área da Psicologia Clínica, filhos de psicólogos, mas sim tivemos uma origem médica. Embora esses profissionais tenham tido muita disponibilidade, “não foram poucos os que não aceitavam os novos profissionais” (Duarte, 2003 p.22).

Duarte (2003, p. 23) ainda aponta que em sua longa experiência profissional, se observa uma seleção natural, onde sobreviverão aqueles indivíduos e grupos que se formaram a partir de uma base consistente, fundada principalmente em princípios éticos.

Cada psicoterapeuta através do tripé formação, supervisão e tratamento pessoal se instrumentaliza e se desenvolve para a realização de uma prática ou *ciência/arte* (Castro, 2004), que envolve, além de atualização permanente do estudo e teoria, a intuição, a empatia e a capacidade e a plasticidade do ego em se colocar “junto com” o outro, seja sentindo, brincando, desenhando ou jogando, no caso de crianças ou adolescentes, para depois se afastar, processar e devolver para o paciente aquilo que foi vivido na sessão terapêutica em doses homeopáticas, exercendo a função “*continente*” (Bion).

Cada vez mais, o psicoterapeuta de Orientação Psicanalítica necessita se aposar de sua identidade, ciente de que sua formação estará calçada em uma base sólida tanto ética quanto teórica e técnica.

Tendo esses aspectos integrados dentro de si, aquele que exerce a psicoterapia certamente estará sedimentando uma técnica específica, tendo como modelo pioneiras da psicanálise infantil como Anna Freud e Melanie Klein, que souberam “ousar” e “brigar” pelo que acreditavam. O psicoterapeuta estará então auxiliando aquele que nos pede ajuda para se conhecer e se encaminhar para atingir a liberdade para “vir a ser o que se é” (Bion).

Tal como nossos pacientes, assim também a psicoterapia tem caminhado em direção ao “vir a ser” o que realmente “é”, ocupando um espaço singular como instrumento de ajuda para o indivíduo da sociedade atual.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança*. Porto Alegre: Artmed, 1982.
BION, W. R. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
BION, W. R. *Estudios Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
CASTRO, M. G. K. *Reflexões acerca da prática da psicoterapia com criança: uma ponte entre passado, presente e futuro*. Trabalho apresentado no V Congresso latino Americano de Psicoterapia, maio de 2004. Porto Alegre.

- DUARTE, I. Entrelaçamentos históricos entre psicologia, psicoterapia e psicanálise no RS. *Revista do IEPP: Psicoterapia Psicanalítica*, v. 5, p. 11-25, 2003.
- FENDRICK, S. *Ficção das origens: contribuições à história da teoria da psicanálise de crianças*. Porto Alegre: Artmed, 1991.
- FERRO, A. *A técnica da psicanálise infantil: a criança e o analista: da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- FREITAS, L. A. Psicanálise de adolescentes, um pouco da história. In: CASTELLAR, C. (Ed.). *Crise na adolescência: visão psicanalítica*. Rio de Janeiro: Rocco, 1989. p. 9-15.
- FREUD, A. *El psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Hormé, 1981.
- FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 18.
- GLOVER, E. Psicanálise na Inglaterra. In: ALEXANDER, F.; EISENSTEIN, S.; GROTHJAHN, M. (Ed.). *A história da psicanálise através de seus pioneiros: uma história da psicanálise vista através das vidas e das obras dos seus mais eminentes mestres, pensadores e clínicos*. Rio de Janeiro: Imago, 1981. p. 599-599.
- GREEMBERG, J.; MITCHELL, S. *Teoria das relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- KAHR, B. *Donald Woods Winnicott: retrato y biografía*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.
- KLEIN, M. *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1981.
- LIKIERMAN, M.; URBAN, E. The Roots of Child and adolescent psychotherapy in psychoanalysis. In: LANYADO, M.; HORNE, A. (Ed.). *Child & adolescent psychotherapy*. London: Routledge, 2000. p. 19-30.
- LINDON, J. A. Melanie Klein: Como ela via o inconsciente In: ALEXANDERE, F.; EISENSTEIN, S.; GROTHJAHN, M. *A história da psicanálise através de seus pioneiros*. Rio de Janeiro: Imago, 1981. v. 2, p. 406-418.
- MAHLER, M. *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artmed, 1982.
- SELISTER, K. M. *O Formador de psicoterapeutas psicanalíticos nas instituições de formação terapêutica em Porto Alegre*. 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- WINNICOTT, D. W. Ansiedade associada à insegurança In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 163-167.
- ZIMERMAN, D. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- _____. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

primitivo e pela natureza mais arcaica das fantasias, o material trazido pode estimular ansiedades inconscientes e formar pontos cegos.

- Busque uma autorização pessoal, através de seu tratamento, que lhe indique que você está em condições de se *tornar* um psicoterapeuta de crianças e adolescentes. Dentre outros indicadores, *estar em condições* significa que nossos traços de caráter possibilitarão – e até facilitarão – o envolvimento com esses pacientes e tudo o que isso implica.
- Faça uma formação específica que garanta um conhecimento profundo sobre o “mundo infantil”, sobre os meandros do desenvolvimento emocional e psicosssexual, a formação da personalidade, o que é esperado para cada etapa e a psicopatologia da infância. Com a Resolução nº 14/2000, o Conselho Federal de Psicologia regulamentou os cursos de formação, a prática e a experiência dos psicólogos formados em cursos de especialização não-ligados ao meio universitário. Essa resolução destaca como imprescindível para a realização da psicoterapia que o psicólogo se submeta a uma especialização em nível de pós-graduação, visto que a prática da psicoterapia é o produto de interação complexa entre a formação, o compromisso com atualização continuada e o paciente.
- Conheça a dinâmica do processo adolescente para perceber o que está acontecendo, em que momento do desenvolvimento o jovem se encontra, se os sinais que está apresentando são próprios do período, para diferenciar o que é próprio dessa faixa etária e o que já se tornou psicopatológico, a intensidade e a frequência dos sintomas.
- Leia os autores clássicos – Freud, Melanie Klein, Anna Freud, Donald Winnicott, Margaret Mahler – mas também os contemporâneos, que ampliaram as ideias pioneiras. Leia muito, esteja sempre se atualizando e utilize de cada teoria aquilo que ela tem de melhor, mantendo uma coerência interna. Conhecer as teorias e os autores nos possibilita dar conta das diferentes demandas que por certo surgirão nos atendimentos.
- Aprenda bem os conceitos, tenha domínio das teorias, *de cor e salteado*, e depois se esqueça deles. Somente a segurança fornecida por eles é que nos permite transitar com liberdade pelo desconhecido, pelo novo. Dito de outra forma, internalize os conceitos de tal modo que sua prática seja espontânea e natural, e que suas intervenções não sejam produto de um discurso intelectualizado.

maior
dinâmica

- Lance mão da leitura de publicações atuais, pois as situações inusitadas a que os pacientes nos expõem não estão *previstas* nos livros. Estudamos nos livros o que *normalmente* ocorre, mas com crianças e adolescentes costumamos ser *pegos de surpresa* com muita frequência, em situações que simplesmente nunca nos ensinaram o que fazer, como agir ou reagir.

Supervisão Supervisione sempre, não só quando inserido em um curso formal ou quando as horas de supervisão contarem para o mínimo exigido no currículo. Outrossim, supervisione até o momento em que tiver segurança de conseguir vislumbrar o que há para além de seu próprio inconsciente, sem ficar cegado por conflitos ainda não-resolvidos.

- Disponibilize-se emocional, interna e temporalmente para estar *de fato* com as crianças e os adolescentes. Precisamos gostar genuinamente deles, de estar e de trabalhar com eles. Tenha curiosidade, respeite-os e leve-os a sério. Comunique-se com eles de modo a ser acessível e compreendido, sem, no entanto, se infantilizar nem infantilizá-los, porque a diferença é fundamental.
- Adquira a capacidade de regressão, semelhante à de uma mãe quando recebe seu bebê e desenvolve uma preocupação materna primária, pela qual se tem empatia para se colocar no lugar do paciente que vem buscar ajuda, com a condição de dependência da criança e com o desejo de independência do adolescente. Estabelecer um bom vínculo e uma firme aliança terapêutica com o paciente dá a base para que ele se sinta à vontade para expressar suas mais profundas dores. *conta Winnicott*
- Seja espontâneo ao brincar, tenha disponibilidade afetiva e prazer com a atividade, como sentar no chão, entrar no mundo da criança, jogar sem uma pressão externa ou formal para isso. Logo, será necessária uma plasticidade de ego, pois temos que brincar de verdade, nos envolvermos com as atividades propostas pela criança, entrando empaticamente em seu universo de faz-de-conta. Uma terapeuta alerta: "sem essa condição, podemos ter um adulto tentando se comunicar com uma criança e, muitas vezes, esperando que a criança se comunique como um adulto. Quando nós conseguimos regredir (de forma saudável), podemos nos comunicar através da linguagem infantil, até porque um dia já fomos criança; já a criança ainda não chegou à fase adulta".
- Produza a capacidade de regredir e de voltar *ao normal* várias vezes durante uma mesma sessão. Efetue uma regressão a serviço de

ego para poder *se soltar* física, mental e emocionalmente, para brincar na “língua” da criança, sem, todavia, perder o funcionamento secundário do pensamento, que nos possibilita compreender e interpretar. É preciso lidar com a situação de brincar e, ao mesmo tempo, entender e trabalhar com o paciente. Vamos “interpretar brincando”, sugere uma terapeuta.

- Seja criativo para buscar recursos, e não apenas os verbais que propiciem o acesso ao mundo interno do paciente. O silêncio nas sessões é fenômeno comum na adolescência, e, para dar conta disso, é preciso tolerância; porém, talvez mais do que isso, é preciso criatividade para encontrar formas diversas das tradicionais para penetrar pelas brechas que o jovem não tão facilmente nos abre.
- Apure um olhar psicanalítico voltado para a comunicação não-verbal, que se dá através de toda atividade lúdica, nos mínimos detalhes, em cada gesto, em todo movimento. Trabalhe com o simbólico e o imaginário. O brincar é fundamental para que a criança comunique e simbolize seus conflitos. Então, compreenda o que o jogo está querendo dizer e decodifique, mostrando o entendimento a ela, conforme a sua capacidade. A interpretação se dá no próprio brinquedo.
- Compreenda as modalidades de comunicação não-verbais, paralelas ao uso da palavra. Algumas formas de expressão de fantasias são, por vezes, violentas, barulhentas, envolvem sujeira com tintas, argila e água, trazendo aspectos bastante regressivos ao setting. Uma terapeuta lembra: “as fantasias mais primitivas não são de natureza verbal; são inicialmente corporais, depois visuais e, somente mais tarde, serão traduzíveis em palavras”.
- Preserve a capacidade de tolerar o ataque dos pacientes e sobreviva a eles. Durante a infância e a adolescência, a manifestação de sentimentos hostis é mais franca do que no adulto, que encontra na repressão um apaziguamento. O material trazido é muito rico, mas carregado de primitivismo e agressividade, que inclui muita movimentação corporal da dupla. Uma terapeuta sugere uma metáfora para isso: que permitamos que os pacientes nos usem de *sparring* – aquele saco de treinar boxe, o que não significa, naturalmente, aceitar uma conduta atuadora ou a descarga pelo ato, sem uma contenção adequada e um trabalho interpretativo. As crianças são convidadas no setting a “tudo desenhar, falar, brincar; a tudo representar, mas nem tudo fazer”, como bem define outra terapeuta.

- Tolere os momentos de não-saber que, sem dúvida, com crianças e adolescentes, vivenciamos com mais frequência do que quando atendemos adultos. Seja verdadeiro e honesto, pois as crianças são muito perspicazes, e os adolescentes se especializam em encontrar nossos pontos fracos, nossos pontos cegos. Tenha tranquilidade para tratar de assuntos que podem ser considerados tabus, como sexo, drogas, homossexualidade, doenças, morte.
- Prepare seu consultório para receber a demanda dos pacientes. Isso quer dizer que talvez ele não possa ter tantos enfeites, muito vidro ou porcelana, a ponto de que o apego ou cuidado com esses objetos impeçam de permitir a expressão do mundo interno daquele que, na maior parte das vezes, vai explorar todas as possibilidades do ambiente. Crie um desprendimento para propiciar a ação da criança nas brincadeiras, ou atender à sua demanda de movimentação dos móveis da sala para realizar algum jogo ou dramatização.
- Seja tolerante para suportar que o consultório fique sujo ou bagunçado durante a sessão psicoterápica. Quanto mais regressivo o funcionamento psíquico da criança e do adolescente, mais dispostos teremos de estar a sermos usados e explorados, junto com o ambiente físico. Por isso, não podemos ser obsessivos demais, pois teremos de botar a mão na massa, às vezes simbolicamente, às vezes, concretamente. Precisamos pintar, mexer em argila e usar a massa de modelar.
- Tenha o mesmo desprendimento para situações como ter de limpar uma criança que urinou ou outra que defecou; às vezes, elas pedem que as levemos ao banheiro; outras, contudo, elas fazem suas necessidades no meio de nossa sala e temos de lidar com isso. *Raiva* Precisamos discriminar o que é um ataque ao vínculo, um sintoma de incontinência, uma angústia excessiva; assim como o que é um ataque de birra, uma agitação psicomotora e uma desagregação psicótica. Uma mesma ação pode estar comunicando níveis muito diferentes de funcionamento mental.
- Avalie sua disposição física, pois não podemos nos furtar de sentar no chão, em cadeiras baixas, jogar bola e suar muito; a criança brinca, pula, corre, joga, se atira e, se nos propomos a lhe oferecer um espaço de expressão, temos que deixá-la fazer isso e – ainda – temos que acompanhá-la nesses movimentos. Além disso, a criança pode tentar nos atacar, nos atirar objetos, lançar uma bola com

Não
deixa
PI o
campo
puro.

cumprir
o que
se
mostra
BI o

força ou se jogar em nosso colo. Pacientes mais regressivos precisarão ser contidos e, para tudo isso, necessitamos de força física e saúde.

- Distribua seus pacientes em horários que lhe sejam absolutamente confortáveis. Atender somente crianças em um turno inteiro pode ser muito desgastante. Atender vários adolescentes silenciosos em horários seguidos ao almoço pode exigir um esforço desnecessário. Pense nisso e saiba sempre porque está decidindo por uma definição e não por outra, em cada aspecto do *setting*, do contrato, da condução do tratamento.
- Seja mais compreensivo e maleável ao avaliar situações da realidade de cada família, como combinações de horários e férias, sem por isso esquecer as regras técnicas que nos balizam. Uma psicoterapeuta de adolescentes, entrevistada para este capítulo, propõe a brincadeira do *elástico* como uma figura de linguagem para descrever o movimento dos jovens: “os adolescentes vão esticando para ver se arrebenta. Assim fazem com os pais: esticam até chegar quase a arrebentar. Este é o nosso trabalho na clínica: deixá-los experimentar a área da ilusão de que tudo podem e até onde podem ir. Quando estão quase rompendo o *setting*, caindo no precipício, a gente puxa, evitando que eles caiam”.
- Dê-se liberdade para, se julgar necessário em determinadas situações, ter atitudes mais ativas, sem ficar imobilizado pelas regras tradicionais que marcam o *setting* e o contrato terapêutico. Crianças e adolescentes são pacientes imprevisíveis. É como expressa um terapeuta: “sinto que, quando vejo uma criança, preciso lubrificar a cintura, ganhar um pouco mais de jogo de cintura”. Necessitamos, ao mesmo tempo, de flexibilidade e firmeza para nos adaptar e ajustar a nossa técnica, de acordo com o que nos é apresentado pela criança e pelo adolescente, sem, no entanto, comprometer o tratamento.
- Mantenha a mesma liberdade e flexibilidade para manejar situações inusitadas. Lidamos com inúmeras surpresas no *setting*, como quando uma criança não quer entrar sozinha na sala e, diferente do que esperávamos, ter que fazer uma consulta com a mãe junto; ou trazerem amigos para a sala de espera, virem com aparelhos de música, com brinquedos de casa, com animais de estimação, entre outras manifestações no comportamento. Se as tomarmos simplesmente como atuação ou resistência, perderemos o valor comunicativo que elas trazem.

ede o
lunike /
estagem

na
sufrencia

- Tenha em mente que, em geral, os pacientes não nos falarão diretamente de seus problemas, conflitos, angústias, dúvidas e medos – como pequenos adultos –, mas estarão falando de si e de seus objetos internos quando, aparentemente, falarem de outras pessoas quaisquer. Por isso, esteja atualizado nos programas jovens e infantis, pois, mesmo que não possamos – ou não queiramos – ficar em frente à TV, devemos ter conhecimento dos personagens, heróis e vilões dos desenhos, filmes e novelas, para poder compreender o simbolismo que, muitas vezes, faz com que eles ocupem o cenário das sessões.
- Preveja a participação mais direta (e concreta) de *terceiros* no *setting*. Assim, nos envolveremos sempre com os pais e, muitas vezes, com os irmãos e os meio-irmãos, avós, babás, madrastas e padras-tos. Trabalhamos com um *campo estendido*, conforme define uma psicoterapeuta infantil. Lidar com as transferências e resistências dos pais, dos familiares e da criança gera um peso adicional, o que exige muito de nossa mente.
- Conceba uma psicoterapia de crianças e adolescentes somente com a participação dos pais. A medida dessa participação será avaliada e conduzida por nós, mas é fundamental que estejamos internamente dispostos para tudo o que essa presença tácita nos impõe. Os pais são coparticipantes desse tratamento; então, precisamos firmar também com eles uma forte aliança terapêutica.
- Lembre que existe uma história inteira a ser contada por eles e compreendida por nós. Logo, teremos um olhar mais individual e, ao mesmo tempo, um olhar mais amplo, no contato com a família. Ali, colocam-se em cena transferências e contratransferências cruzadas que demandarão nosso olhar tanto atento quanto sensível. Olhamos a criança e o adolescente inseridos em seu contexto familiar, identificando as dinâmicas relacionais que estão ocorrendo e compreendendo seu papel nessa dinâmica.
- Conserve a capacidade de ser empático e paciente com a família que está envolvida, preocupada e, muitas vezes, fazendo um uso inconsciente dessa criança como um sintoma. Devemos saber que eles também sofrem, se atrapalham. No tratamento de adultos, não temos contato com os pais, maridos ou filhos reais; já na psicoterapia com crianças e adolescentes, esse contato se impõe como fundamental. Com efeito, a proximidade nos põe à prova: enfrentamos as resistências, os boicotes, as manipulações dos pais que se

sentem narcisicamente feridos, fracassados, equivocados, desafiados, desvalorizados, e temos de lidar com isso.

- Permaneça em uma posição de escuta aberta e receptiva. A avaliação é um momento para *conversar* com os pais e com a criança, e não pode parecer um inquérito ou o preenchimento de uma ficha de anamnese. Identifique as “encomendas” – é de suporte, de orientação, de proteção, de parceria, de confrontação, de denúncia? – através do pedido de tratamento, para, então, poder modelar o tipo de contato que se tem com os pais, poder orientá-los e trabalhar, quando necessário, sua resistência em buscar um tratamento para si próprios.
- Fique atento para a manutenção da neutralidade. Não se posicione a favor ou contra a criança ou os pais. Renuncie à idealização, especialmente quando ela tem como corolário a desvalorização dos pais e evite promover ou corresponder à dissociação entre os pais e o terapeuta. Resista ao impulso de ser maternal, superprotetor ou professoral. Deixe em suspenso o *afã pedagógico*, como define uma terapeuta, pois a criança e o adolescente podem tentar incitar esse lado em nós.
- Passe pela vivência do método de observação da relação mãe-bebê, proposto por Esther Bick, que propicia a experiência de um lugar intermediário entre a presença e a distância. Na medida em que – na observação – conseguimos não interferir, *aprendemos* a aceitar e a tolerar que a família encontre suas próprias soluções. Assim, evitamos atitudes moralistas e supergoicas com os pais, e poderemos tolerar que eles escolham em que escola colocar seu filho, em que médico levar, em que curso matricular. Não entre em competição com eles.
- Aceite que – quando os pais não querem, não conseguem ou não permitem – não vamos conseguir tratar e ajudar a todos aqueles que nos buscam. Amiúde, veremos um quadro de psicose ou de perversão se estruturando, sem poder fazer nada. Isso é extremamente difícil, mas é real. Necessitamos de muita tolerância à frustração, pois lidaremos com inúmeras interferências dos pais, mesmo quando temos um paciente que visivelmente está sofrendo e quer ajuda.
- Identifique o tipo e a severidade da psicopatologia dos pais. Temos pais confusos, neuróticos, mas também pais abusadores, perversos, psicopatas; mães descuidadas, complicadas, mas também mães nar-

cisistas, negligentes, maltratantes. Às vezes, os pais erram, porque aquilo é o máximo que conseguem; reconhecem, se sentem culpados e buscam mudar. Outras vezes, eles erram porque simplesmente não se importam; não há culpa, não há preocupação, não existe um olhar voltado para o filho.

- Esteja preparado para denunciar casos de abuso e maltrato. O Código de Ética dos Psicólogos traz, em seus Princípios Fundamentais, que basearemos nosso trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, contribuindo para eliminar quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
- Suporte situações em que – justamente quando está melhorando – o paciente ser retirado da psicoterapia pelos pais que não podem ou não querem mais pagar, ou porque acham que exatamente aquilo que avaliamos como uma melhora ou evolução é uma piora. Uma criança submissa que começa a se mostrar e se posicionar, ou um adolescente *bonzinho* que começa a se rebelar, desestabilizam uma dinâmica confortavelmente instalada naquela família. Nossa condição de intervir junto aos pais é limitada pelo lugar que ocupam, já que eles participam do tratamento, mas, ao mesmo tempo, não são nossos pacientes e demandam um tipo específico de intervenção.
- Trabalhe com os pais a responsabilidade pela condução que eles decidem dar para a vida de seu filho e as consequências de atos como uma interrupção, até o limite que eles permitirem. Porém, elabore a sensação de estar *de mãos atadas* em situações como não poder fazer uma última sessão para se despedir, pois esses pacientes não podem vir ao consultório sozinhos. É diferente tratarmos um adulto que vem por vontade e iniciativa próprias, que se locomove sozinho e que nos paga ele mesmo por seu tratamento. Necessitamos muita tolerância para lidar com as resistências da família em relação à melhora do filho.
- Reflita sobre os processos de identificação e contraidentificação, com os aspectos transferenciais e contratransferenciais. Dialogue muito com esses fenômenos – que são inerentes à clínica – e saiba usá-los tanto em relação à criança, quanto em relação aos pais. Lide com pressões das famílias e da escola para uma melhora rápida dos sintomas que trouxeram o paciente para terapia, sem se deixar capturar por demandas equivocadas.

- Leve em conta que tratar de crianças e adolescentes exige mais do que o horário de consultório. Por isso, precisamos de tempo para entrar em contato com a escola, falar com os professores, com a fonoaudióloga, a nutricionista, o neurologista, o pediatra ou o psiquiatra, que também os tratam. Além desses contatos, coloque-se à disposição para recebê-los no consultório ou para devolver de maneira apropriada um entendimento que os instrumentalize a lidar de forma mais adequada com aquele que é objeto de nossa atenção. Não podemos habitar uma ilha quando se trata de atender a um indivíduo que ainda tem múltiplos objetos de dependência.
- Suponha o psiquismo do paciente sempre integrado com seu corpo. Muitos determinantes orgânicos ou fisiológicos podem estar envolvidos em um sintoma como enurese, encoprese, gagueira ou obesidade. Além disso, informe-se sobre medicações psiquiátricas, que podem ser de grande ajuda quando bem avaliadas, bem indicadas e bem acompanhadas; mas também podem ser um veneno se todos esses cuidados não forem tomados. Devemos reconhecer nossos limites.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso que traçamos para nossa carreira profissional nos reserva algumas surpresas. Uma terapeuta recorda: “voltando ao início de minha carreira, vejo que naquela época me sentia mais à vontade com crianças do que com adultos, pois sentia que poderia ser mais espontânea e livre com elas. Seu inconsciente seria mais permeável, através do jogo e do brincar – o que ainda acho que é verdadeiro. Hoje, vejo que o trabalho com crianças e adolescentes é muito mais complexo e difícil”.

Essa prática nos reserva grandes surpresas, inevitáveis descobertas e uma riqueza que, talvez, somente com ela seja possível. “Temos a possibilidade de ver o desabrochar de muitas potencialidades quando diminuem os sintomas e quando, mesmo com crianças muito pequenas, eles retomam a vertente saudável de suas vidas, assumindo seus desejos e se responsabilizando por suas escolhas e atos”.

Na intensidade do contato que se estabelece entre terapeuta e as crianças e os adolescentes que vêm a tratamento, temos a possibilidade de vivenciar algumas situações ímpares e revivenciar outras situações que dormitavam bem acomodadas no interior de nosso inconsciente. Muitas vivências jazem bem acomodadas, mas tantas outras sobrevivem mal-elaboradas,

insuficientemente trabalhadas, longe dos olhos analíticos. O trabalho com esses jovens pacientes, todavia, faz levantar nossas repressões, da mesma forma que eles nos tiram da cômoda poltrona de terapeutas, onde, com adultos, repousamos nosso saber e nosso fazer mediado pela fala.

As crianças e os adolescentes demandam outros níveis de comunicação, nos convidam a graus diversos de funcionamento e nos incitam a um modo de fazer muito particular. Desacomodados, seguimos por dois caminhos: ou abandonamos a clínica dessa faixa etária ou aceitamos seu chamamento e nos lançamos nessa aventura que é passar – junto deles – por todos os caminhos em curva de uma prática tão rica, tão viva. Nas palavras de uma terapeuta, trabalhar nessa clínica é “estar conectado com a criança e com o adolescente que um dia fomos, revivendo a magia de descobrir o mundo e a si mesmo junto com nosso paciente”.

Através deles, mantemos a flexibilidade para estarmos abertos ao novo, ao imprevisto, ao inusitado e às surpresas que cada sessão pode trazer, conservando a capacidade de nos surpreendermos com tudo isso, já que lidamos com pessoas em pleno potencial de desenvolvimento.

As orientações aqui apresentadas são um retrato das percepções de quase 50 terapeutas que, a partir de relatos individuais sobre sua prática, integraram um só texto, o que, de certa forma, espelha também como se dá a formação de um psicoterapeuta de crianças e adolescentes: passamos por inúmeras experiências, aprendemos, lemos, escutamos, escrevemos. Um dia, toda essa equipagem começa a adquirir uma forma integrada e a fazer todo sentido dentro de nós. Tornamo-nos psicoterapeutas de crianças e adolescentes aos poucos e, talvez, nunca terminemos a nossa formação – que é interna, acima de tudo –, de modo que possivelmente sejamos para sempre um *vir-a-ser*.

Encerro esse percurso com o testemunho de uma terapeuta, que dá voz às impressões de muitos daqueles que a essa atividade se entregam: “acredito que a experiência de psicoterapeuta nos equipa com excelência para trabalharmos melhor com adultos também. A oportunidade ímpar de acompanharmos um paciente em terapia – em um momento privilegiado de formação e estruturação da personalidade – é um diferencial. Ao mesmo tempo, às vezes, é extremamente cansativo, pois precisamos estar atentos às mais diversas formas de linguagem, compreendê-las, traduzi-las e torná-las inteligíveis aos pequenos. Muitas vezes me pergunto: até quando vou atender crianças? Parece que, quanto mais me questiono, mais aumenta o número de encaminhamentos de crianças e mais eu vejo os pacientes melhorando, tendo alta. Acho que é uma paixão”.

A clínica com crianças e adolescentes: o processo psicoterápico

4

Anie Stürmer
Maria da Graça Kern Castro

Escrever sobre os conceitos que são centrais no processo e na relação terapêutica na psicoterapia com crianças e adolescentes não é tarefa fácil. Peculiaridades envolvem essas faixas etárias e diferenciam os tratamentos dos de adultos. Três fatores são específicos de tratamentos com crianças e adolescentes. Em primeiro lugar, esses pacientes, por serem legalmente menores e dependentes de suas famílias¹, sofrem, de forma mais aguda, a participação e a interferência de terceiros, pais ou responsáveis, no vínculo psicoterápico. O campo psicoterápico bipessoal se torna mais complexo pela ressonância das transferências paternas e maternas que se entrecruzam. Isso exige maior flexibilidade do psicoterapeuta e muita atenção às questões de neutralidade e de sigilo. A inclusão dos pais ou responsáveis em uma psicoterapia busca oferecer o suporte necessário à manutenção do tratamento, assim como compreender ansiedades e modos de funcionamento de cada família.

Um segundo fator diferencial se prende à solicitação do tratamento. No caso de crianças, geralmente, a busca do atendimento é realizada pelos adultos responsáveis. Muitas vezes, vêm mobilizados por indicações ou sugestão da escola ou de médicos. Raramente as crianças pedem ajuda direta, embora encontrem formas de mobilizar ansiedades e a atenção, impulsionando a família a buscar auxílio psicoterápico. Atualmente, constatamos que inúmeras crianças solicitam explicitamente aos pais a busca de psicoterapia. Pensamos que essa nova postura deve-se ao fato de que esse tipo de tratamento passou a ser mais difundido nos meios de comunicação por meio de filmes e novelas. Além disso, "estar em psicoterapia" é algo

muito valorizado por alguns pacientes que comentam sobre essa experiência como algo positivo com seus amigos e colegas. Assim sendo, fazer psicoterapia é algo muito mais próximo à realidade das crianças, atualmente do que há décadas.

Os adolescentes em sofrimento psíquico costumam buscar o próprio tratamento, por uma iniciativa pessoal. A partir da década de 1990, os jovens têm vindo espontaneamente para psicoterapia, em contraste com décadas anteriores em que eram, na maioria dos casos, encaminhados por pais, escola ou amigos (Castro, 2000). Os adolescentes em tratamento psicoterápico referiram ter procurado psicoterapia por motivação pessoal, mas também apontaram importantes fatores, como incentivo e apoio de namorado, amigos e da família para a busca. Os motivos da procura de psicoterapia foram variados e personalizados para cada entrevistado, mas 53% dos entrevistados referiram temas ligados à depressão, à tristeza e/ou a perdas reais. A fala dos adolescentes mostrou que o fator desencadeante da busca de tratamento foram processos de perda e luto atuais, que podem ter reavivado perdas anteriores (Pinto et al., 2001).

Há ainda um terceiro fator a ser considerado que está relacionado às formas comunicativas do material das sessões². A criança e o adolescente ainda não usam a palavra no mesmo nível que o adulto, utilizando outras formas comunicativas, além da expressão verbal. Crianças, predominantemente, usam o brincar como forma de manifestar seus estados mentais. Por vezes, a compreensão do material lúdico se torna muito difícil, tanto pelo conteúdo – remetendo a níveis mais profundos das fantasias inconscientes – quanto pelos modos de expressão no *setting*. O jogo e o brincar, denunciando algo desconhecido que é da ordem do inconsciente, podem ser considerados narrativas (com ou sem palavras) que, aos poucos, vão organizando a experiência infantil.

Os adolescentes, por se encontrarem às voltas com transformações no corpo e maior pressão pulsional, estão envolvidos com redefinição da imagem corporal, as ressignificações identificatórias e oscilações entre atividades masturbatórias e início da vida sexual genital. Por essas peculiaridades próprias da etapa, costumam, além da palavra, usar formas comunicativas pré e paraverbais nas sessões, que podem incluir expressões lúdicas, gestos, movimentação e também comunicação pelo vestuário, por tatuagens e outras expressões corporais. Uma forma primitiva de comunicar aspectos não-representados pode ser as tão comuns atuações. Assim, ao trabalhar com crianças e adolescentes, o psicoterapeuta tem que estar muito atento ao imprevisto, ao “fator surpresa” (Caron, 1996), que surge nas sessões.

Como psicoterapeutas de crianças e de adolescentes, somos, frequentemente, surpreendidos por situações inusitadas que nos exigem soluções adequadas para cada momento que se apresenta. Para tomar a melhor atitude, ser sensato, valendo-se da técnica de que dispomos, é necessário, além do gosto por trabalhar com essas faixas etárias, construir uma trajetória profissional que implica o já conhecido tripé da formação: um tratamento pessoal, que durará anos, antes e depois da formação, bem como a supervisão e uma base teórico-clínica de qualidade, que nos tornará instrumentalizados com esse tipo de paciente. No transcurso de seu ofício, cada psicoterapeuta vai, aos poucos, construindo um estilo próprio de trabalhar que, com o passar do tempo, se torna uma maneira de ser, personalizada e única. Através do tratamento pessoal, o terapeuta entra em contato com o seu jeito de ser, de funcionar, possibilitando que reconheça suas reações. Um melhor conhecimento de como seu mundo interno funciona contribuirá para as percepções e o entendimento dos relacionamentos e do mundo interno de seus pacientes (Lanyado e Horne, 2000).

As regras técnicas são sempre as mesmas que regem o processo, mas o terapeuta desenvolverá um estilo próprio, preservando as necessárias características da relação terapêutica, que protegem o *setting*, com um contrato e uma clara aplicação destas regras que o norteiam (Etchegoyen, 1987).

Considerando as complexidades expostas acima, no presente capítulo abordaremos os conceitos-chave que são centrais no processo terapêutico com crianças e adolescentes, a saber: relação terapêutica e o desenvolvimento do vínculo; os fenômenos de transferência; contratransferência e aspectos resistenciais; fenômenos que ocorrem entrelaçados, fazendo parte do campo psicoterápico.

As ilustrações e os casos clínicos usados neste texto mostram como trabalhamos e esperamos passar aos leitores algumas das ricas experiências vividas nos *settings*, mesmo tendo consciência de que algumas delas são inefáveis e extremamente difíceis de serem colocadas em palavras.

O campo psicoterápico

Oriundo da Física, o conceito de “campo” foi trazido para a psicologia, pela teoria da *Gestalt*, mas foi Kurt Lewin (1965) quem aprofundou uma teoria do campo total, na qual propôs que o comportamento humano é derivado da totalidade de fatos coexistentes, e que esses têm o caráter de um campo dinâmico, no qual cada parte depende de uma inter-relação

com as demais partes que configuram o todo. A totalidade dos fenômenos é mais complexa e ampla do que a soma das partes.

Na Psicanálise, o conceito de “campo” foi trabalhado pelo casal Banger (1968). O campo psicanalítico se refere a situações em que os fatos psíquicos são compreendidos através de seus significados no contexto de relações intersubjetivas, no qual o par terapêutico não pode ser visto como duas pessoas isoladas, mas como uma estrutura, produto dos integrantes da relação, que estão envolvidos num processo dinâmico e criativo, cujo funcionamento resulta da interação e dos aspectos inconscientes, tanto do paciente quanto do terapeuta. Nesse funcionamento emocional, o *setting* age como uma moldura desse campo, que contém o encontro de duas subjetividades. Assim sendo, a situação terapêutica pode ser vista como um conjunto da constituição do campo emocional de ambos, com as fantasias inconscientes básicas da dupla, intermediada pelo interjogo das identificações projetivas e introjetivas do par.

Os problemas e vantagens da compreensão da situação terapêutica devem ser colocados a partir da concepção de um campo transferencial-contratransferencial, e que o entendimento dos fatos psíquicos está relacionado ao seu sentido no contexto das relações intersubjetivas (Ferro, 1995).

Quando se trata de psicoterapias de crianças e adolescentes, o campo psicodinâmico se torna mais complexo pela presença do psicoterapeuta, do paciente e dos seus pais, tendo que ser levadas em conta as fantasias inconscientes dos pais. Estas configuram, junto com o paciente (criança ou adolescente) e o psicoterapeuta, uma estrutura singular, que poderá exercer uma presença contínua no campo psicoterápico, promovendo efeitos no paciente e no terapeuta. No transcurso do processo terapêutico, o psicoterapeuta ressignificará sua própria criança e adolescência e seus pais em sua história pessoal. Ao mesmo tempo, na relação vincular do par terapêutico, o filho, no seu tratamento, também dá novos sentidos a situações edípicas e narcisistas não resolvidas da história individual de cada um dos seus pais e do par conjugal, exercendo contínuas reestruturações que, por sua vez, vão reincidir na psicoterapia do filho (Kancyper, 2002). O caso que segue nos mostra essa situação:

Suzana e sua família

18 horas. É o horário da sessão de Suzana. Abro a porta e quem me espera é Márcia, sua mãe. Ela adentra a sala dizendo: “Hoje eu é que vim”. Por instantes, fico atônita. Deveria eu atendê-la? O correto não

atender, mas ao qual marcar que
agile horários e de paciente, e qdo ela
precisa marcar dia e horários especif-
co.

seria preservar o setting e o horário de Suzana, já que as duas mantêm uma relação simbiótica e marcar outro horário para Márcia? Todos esses pensamentos circulam em minha mente enquanto Márcia se instala na poltrona. Entendo, então, que preciso enxergar a Márcia “criança”, que está insegura com o afastamento da filha, que aos poucos se separa dela à medida que o tratamento progride e observo uma necessidade de reforçar a aliança terapêutica. Márcia está desconfiada, pois a filha tem apresentado resistências em comparecer às sessões, reclama que não quer vir, e isso a tem deixado muito insegura a meu respeito e em relação ao tratamento. O pai tem estado distante e não vinculado ao tratamento, cuja responsabilidade deixou para a esposa. Neste momento, trabalhamos seus anseios e dúvidas e, ao mesmo tempo, nos demos conta: “Onde está o pai?”. Na relação das duas faltou a entrada de Paulo, o pai; esse não se colocou como um terceiro para estabelecer a separação entre mãe e filha.

No processo psicoterápico, a terapeuta significa esse “terceiro”, que irá se colocar “entre” a paciente e sua mãe; mas será suficiente? Aí entram as nuances do tratamento de crianças e adolescentes. Diferentemente do tratamento de adultos, Paulo, o pai, pode e deve ser chamado para participar mais ativamente da psicoterapia de sua filha, Suzana, sempre que houver necessidade para o tratamento evoluir. Cada um tem uma história que se intercambia com a de Suzana; cada um dos pais, e o casal, têm fantasias sobre o tratamento de sua filha, que acabam afetando o campo. Dessa maneira, o terapeuta atento a essas complexidades vai discriminando aspectos dos pais e da filha, sem com isso configurar um tratamento psicoterápico dos pais.

A psicoterapia com crianças (e em alguns casos com adolescentes) não pode ser confundida com uma psicoterapia familiar, mas, em inúmeras ocasiões, precisamos compreender e explicitar as ansiedades e o funcionamento do grupo familiar ou crenças que, muitas vezes, são transgeracionais e se atravessam na psicoterapia individual com a criança ou jovem (Castro e Ciment, 2000). O que se passa no campo psicoterápico se assemelha a um quebra-cabeça de múltiplos encaixes, no qual as mesmas peças agrupadas de uma forma original criam um cenário em que vão se criando novas compreensões. A seguir, serão abordados alguns fenômenos, partes do quebra-cabeça, que constituem e ocorrem no campo psicoterápico.

A relação terapêutica

A constante relação envolvendo terapeuta e paciente está no cerne de toda psicoterapia psicanalítica. A relação terapêutica é um vínculo genuíno e com características próprias e discriminadas dos relacionamentos comuns da vida do paciente. Configura-se numa relação que é singular e intransferível, norteadas pelos princípios teórico-clínicos que fundamentam a prática, assim como pela continência emocional do terapeuta e por sua habilidade de manter um espaço para simbolizações e o pensar a respeito do que está sendo comunicado pelo paciente, no “aqui e agora” de cada sessão. O produto é um particular encontro de mentes e emoções do par terapeuta e paciente (Ferro, 2000).

Alguns aspectos diferenciam a relação terapêutica das demais na vida do paciente, fora do consultório. Em primeiro lugar, não é uma relação natural e espontânea; ela vai sendo construída no vínculo, baseada num contrato com algumas normas a serem seguidas. Outro aspecto é que se dá num espaço específico, onde ocorrem os encontros: o *setting*. O paciente irá sempre no mesmo consultório, mesmo horário, nos mesmos dias, criando-se assim uma atmosfera de expectativa quanto ao que o espera em uma sessão. O enquadre supõe então um contrato no qual são explicitadas as combinações e a formalização do vínculo terapêutico. O *setting* representa um marco externo para o desenrolar do processo que é estruturante da psicoterapia, já que supõe as normas e os papéis do paciente e os do terapeuta. Implica também uma aliança de trabalho, ressonância empática e sintonia entre as partes.

Com a criança ou com o adolescente combina-se sobre a frequência e duração das sessões, faltas, férias e também sobre as questões de pagamento dos honorários pelos seus responsáveis legais. Enfatiza-se a questão do sigilo e confidencialidade dos dados das sessões.

Nas psicoterapias envolvendo menores, além desse contrato com o paciente, é necessário o contrato com os responsáveis, geralmente os pais. Esses têm que se responsabilizar pela cooperação, em manter as condições externas de levar, buscar e cumprir horários das sessões e estarem disponíveis sempre que necessário, além de se responsabilizarem financeiramente pelos honorários. O enquadre, depois de configurado, é um dos pilares que auxilia a tornar a relação “terapêutica”. Importante, além desse enquadre formal, é o “*setting interno*” do psicoterapeuta, ou seja, a disponibilidade de sua mente continente para entrar em contato com outra mente e sua receptividade emocional, que serão os instru-

mentos indispensáveis para a criação e manutenção do processo terapêutico.

Um terceiro aspecto, que discrimina esse vínculo em relação aos demais é que não existe a reciprocidade que encontramos em outras formas de relacionamento. Ela é assimétrica, com papéis e funções diferenciadas para paciente e psicoterapeuta. Este estará disponível para ouvir e interagir com a criança ou adolescente, mas, por outro lado, a sua vida pessoal e emocional não é dividida com o paciente, sendo a privacidade do terapeuta resguardada (Lanyado e Horne, 2000).

No entanto, sabe-se que, sempre evidenciaremos aspectos de nossa personalidade que estarão sendo mostrados nas maneiras de trabalhar com o paciente, ou seja, é impossível manter a ficção, uma “neutralidade” total. Crianças e adolescentes tendem a captar os aspectos da personalidade do terapeuta e, a partir disso, também poderão agir. Importante é estarmos atentos ao jogo de identificações projetivas e introjetivas que moldam os fenômenos transferenciais/contratransferenciais, assim como aprimorarmos a escuta e a observação psicanalítica, aliados ao desenvolvimento das habilidades técnicas do “fazer” psicoterápico e do pensamento clínico. Aspectos da transferência e aliança terapêutica se mesclam, mas não são idênticos. A aliança pode ser definida pelos aspectos conscientes e inconscientes da criança ou do adolescente que levam à cooperação, à aceitação da ajuda, à superação de resistências e ao enfrentamento de momentos difíceis durante o processo psicoterápico. A aliança terapêutica evolui com o tempo e está baseada na ligação positiva com o psicoterapeuta e na percepção do paciente de que necessita de ajuda. Mas esta nem sempre poderá estar presente no início de um tratamento (Sandler, 1989). Lembremos que Aberastury (1982) nos ensinou que as crianças trazem seus conflitos e sintomas nas primeiras sessões, mesmo que de forma não-verbal, fenômenos que nomeou de *fantasias de doença e cura*. Já a aliança vai derivar de uma razoável relação objetal, que é base da transferência positiva; mas Klein, em 1923, ao tratar Rita, descobriu que a interpretação da transferência negativa, já no primeiro encontro, dissipou ansiedades, criando a aliança com a menina.

Raul defendendo sua psicoterapia

Raul, 9 anos, há dois anos em tratamento, passava por período de intensas resistências. Elas se manifestavam em sua casa, na hora de sair para as sessões, quando dizia para sua família que era muito chato o tratamento e ameaçava não ir. No entanto, nas sessões, às quais não

faltava, trazia muitos conteúdos importantes, trabalhava bastante e não apresentava as queixas que eram relatadas por sua mãe em relação ao tratamento. Começaram a surgir, no seu jogo, indícios de uma fantasia de que se demonstrasse gostar e se sentir ajudado pela terapeuta, desagradaria a mãe. Em entrevista com seus pais (à qual Raul não quis estar presente, mesmo convidado), estes reclamam do tratamento, de que não estavam satisfeitos com os resultados e pensavam “tirar férias” do tratamento do filho.

Ficou, então, esclarecido que as resistências de Raul estavam ligadas a um conflito de lealdade com seus pais, que resistiam ao tratamento do filho. Mesmo sendo manejadas as resistências, semanas depois a mãe envia o pagamento e avisa, decididamente, que Raul não iria mais. A terapeuta solicita algumas sessões para trabalhar com Raul a decisão familiar e a possível despedida. Na sessão seguinte, o menino diz que precisa manter seu tratamento e solicita uma “sessão tripla”, na qual estejam presentes, ele, o pai e a mãe. Assim feito, Raul conseguiu explicar aos pais as razões pelas quais precisava ainda se tratar, no que foi compreendido por eles. Defendeu e lutou pela manutenção de sua psicoterapia, demonstrando uma forte aliança terapêutica, apesar das adversidades que tiveram que ser enfrentadas.

Pelo exemplo citado, vemos que a existência de uma sólida aliança terapêutica entre os diversos componentes da situação terapêutica, criança/terapeuta e família/terapeuta, é indispensável para que sejam superados os momentos de resistência e impasses que, muitas vezes, colocam em risco o prosseguimento da psicoterapia.

Os fenômenos transferenciais e contratransferenciais

O fenômeno transferencial com crianças e adolescentes, em um sentido estrito do termo, é semelhante ao observado com pacientes adultos e visa repetir protótipos de relações e desejos infantis que se reatualizam no *setting* e no vínculo (Laplanche e Pontalis, 1970). É uma repetição de necessidades e desejos que não foram compreendidos e satisfeitos no passado.

A questão da existência da transferência nos tratamentos com crianças foi um dos temas das famosas “Controvérsias” entre partidários de Anna Freud e de Melanie Klein (Fendrik, 1991). Anna Freud sustentava que a criança vivia conflitos com seus pais reais, os quais convivia, e por isso, não poderia transferir toda sua neurose. Assim sendo, a criança tem

o relacionamento ou fantasia sobre o passado fortemente ligado às pessoas concretas dos pais. A disponibilidade dos objetos primários para os cuidados e educação da criança complicaria o reconhecimento do que seria a transferência. Em 1946, Anna Freud reformulou sua posição, passando a admitir a existência de neurose transferencial em alguns casos de análise de crianças (Glenn, 1996).

Klein (1981) apontava que a capacidade de transferir existia na criança, desde muito cedo, e se estabelece de forma espontânea e rápida, devido à permeabilidade consciente/inconsciente. A criança tem vida mental ativa e, desde o início da vida, seu ego rudimentar é capaz de usar mecanismos primitivos para lidar com as ansiedades ligadas às pulsões de vida e de morte, que são a base de sua vida de fantasia. Através da ação dos mecanismos introjetivos e projetivos, mesmo a criança muito pequena já teria “um passado” a transferir: as vivências precoces com imagens parentais internalizadas seriam transferidas ao terapeuta, mesmo a criança convivendo e sendo cuidada por seus pais no cotidiano. Klein teorizou sobre as origens dos relacionamentos objetivos precoces no início da vida, considerando que a transferência era o eixo central do tratamento psicanalítico com crianças. Os relacionamentos objetivos precoces são transferidos através da técnica do jogo simbólico, que para Klein seriam semelhantes à associação livre do adulto. As figuras transferidas eram deformadas e coloridas pela predominância maior ou menor de impulsos destrutivos ou libidinais. Dessa forma, a imagem dos pais concretos do cotidiano é transformada pelas fantasias predominantes na mente infantil. A caixa individual usada pela criança, no *setting*, à qual só ela tem acesso, faz parte da “relação privada paciente/analista, característica da relação transferencial” (Klein, 1991, p.155).

O senso da criança de quem ela é e de como outros vão reagir é muito afetado por expectativas baseadas em seu passado, mas também matizado pelos relacionamentos familiares recentes. O deslocamento desses padrões e dos modos da criança se relacionar com as pessoas significativas de sua vida constitui o eixo da relação transferencial/contratransferencial. Fantasias e imaginações do paciente sobre o terapeuta são também meios através dos quais as relações passadas e presentes são transferidas no *setting* (Lanyado e Horne, 2000). O psicoterapeuta pode ser percebido, sob vértices diferentes, pela criança como um *objeto real*, com o qual interage, um adulto semelhante aos seus pais. Por exemplo, quando trabalhamos com crianças bem pequenas, em alguns momentos temos que ajudá-las quando vão ao banheiro, sem que isso se configure

fantasia c/ os pais reais

fantasia c/ os pais imaginários e os reais

uma gratificação. O terapeuta é visto como um objeto transferencial com o qual vai repetir experiências primárias e também como um novo objeto em sua vida. Nessa perspectiva, o terapeuta é foco de desenvolvimentos específicos das fases libidinais em evolução. Assim, a criança pode perceber seu terapeuta de formas diferentes quando alcança novos níveis de organização desenvolvimental (Glenn, 1996).

Ângela: Ganhar ou perder? Conhecer e crescer.

Ângela, 7 anos, filha adotiva, vem para tratamento por problemas de conduta.

*Há três anos em tratamento, nesse momento vive um conflito, pois está na 1ª série do ensino fundamental e se nega a se alfabetizar. Refere, conscientemente, que não deseja aprender a ler e a escrever; diz que quer continuar “burra” (sic). Ângela chega para a sessão propondo o jogo do elástico³. No jogo, aparece uma grande ambivalência, pois se torna evidente que ela sabe pular melhor que eu, mas a cada momento em que me ultrapassa, e eu começo a perder o jogo, angustia-se, não querendo passar para outra fase. Por outro lado, quando eu começo a ganhar, fica ansiosa. Em alguns momentos, o jogo se torna confuso. É necessário discriminar que ela está mais adiantada; em outros momentos, erra e não quer admitir. Aparece uma inconstância entre se dar bem, me ultrapassar, ou regredir para não se separar de mim. Canta a música: “se um dia eu pudesse ver meu passado inteiro...”. *sempre li, não pode por causa da adoção.**

Comento, então, que tem coisas do passado de que ela está falando, que sente que passar na minha frente significa deixar a mãe (da barriga) para trás, deixá-la mal. Por outro lado, se eu passar na sua frente, a deixarei mal; então, o jogo se torna uma grande confusão.

Aparecem aí aspectos transferenciais, reeditados nesse jogo, no qual Ângela se sente culpada em relação à mãe biológica, que considera pobre e, por conseguinte, ganhar o jogo é “tirar” da mãe. Ao mesmo tempo, existe o desejo de ganhar, ser forte, como se ficar rica e forte implicasse em tirar algo de alguém, o que gera sentimento de culpa. Uma fica rica porque tira da outra. Nesses momentos de intervenção, responde com muita ansiedade e é necessário discriminar junto a ela o que está acontecendo, apontando que repete comigo algo do seu passado.

Ficam evidentes aspectos de latência. Existem regras a serem cumpridas, estão apresentando-se defesas obsessivas e também a concomitante internalização da alfabetização.

Numa determinada sessão, larga o jogo de elástico e se direciona para o quadro, escrevendo algumas palavras. Intervenho, mostrando a ela sua fantasia de não poder “ficar rica” (alfabetizar-se), pois imagina que estará deixando alguém “pobre”, sentindo-se culpada, e é o mesmo que refere quando brinca com o jogo do elástico e diz que vai ficar “patinando” até que eu, a terapeuta, a alcance. Ao terminar a sessão, vai até a porta e canta: “havia um homenzinho torto, andava por um caminho torto, tinha uma casa torta e aí encontrou Jesus”. Essa é uma resposta às interpretações construídas pela dupla nas sessões.

Nesse caso, podemos observar como Ângela repete, no *setting* terapêutico, a fantasia que tem em relação ao objeto interno. Também traz seu conflito e sofrimento atual ligado à inibição intelectual que, remotamente, está ligado ao desejo de evitar contato com suas origens e adoção, modulados pelos processos transferenciais e contratransferenciais. Transferência e contratransferência são fenômenos complementares, como se fossem dois lados da mesma moeda, e eles ocorrem pelo interjogo de identificações projetivas e introjetivas, que oportunizam o acesso à mente infantil, às fantasias e à história das primeiras relações objetais. A contratransferência pode ser compreendida como um conjunto de reações inconscientes do terapeuta à transferência do paciente. No tratamento psicanalítico, ela liga e, principalmente, vincula a dupla, permitindo um trabalho conjunto. Ajuda a entender certos sentimentos que são emitidos para dentro da mente do terapeuta pelo paciente, despertados pelas vivências e pelos sentimentos dele. Sentimentos contratransferenciais, por serem inconscientes, podem indicar pontos cegos do terapeuta. Nesse caso, seria necessário ao terapeuta um aprofundamento em sua psicoterapia ou análise pessoal, para capacitá-lo a discriminar o que lhe pertence daquilo que é comunicação do paciente. A compreensão desse processo é uma forma importante de instrumentalização do terapeuta. As características particulares da relação transferencial-contratransferencial auxiliam o terapeuta a conhecer mais sobre as fantasias do paciente, os relacionamentos, seu funcionamento e as expectativas que teve no passado e as que tem para o futuro.

Gabriela, a “bobona” da família

Gabriela, 7 anos, foi levada à psicoterapia por queixas de sua família de que era muito “parada e sem iniciativa”. Era considerada incompetente, bobona e burra, tanto pela família quanto pelos colegas. No

segundo mês de tratamento, passou a jogar de “dona da loja”. Nesse jogo, ela personificava uma poderosa e rica proprietária de loja que dominava a todos com seu poder, dinheiro e inteligência. Destinava à terapeuta diversos papéis: as filhas, a faxineira, a vendedora e outros que a humilhavam e desqualificavam, chamando-a de burra e bobona. Repetiu, durante semanas, esse jogo e, quando era tentada qualquer compreensão desse, a menina manifestava intensas crises de choro e raiva, mandando a terapeuta calar a boca, ou tapava os ouvidos, criando forte núcleo resistencial. Contratransferencialmente, a terapeuta se sentiu realmente “incompetente” para manejar os impasses criados pelos gritos, choros e violência de Gabriela. A terapeuta via seus esforços de compreendê-la e ajudá-la em seu sofrimento serem frustrados. As tentativas de comunicação verbal eram danificadas, pois insuportáveis para serem escutadas naquele momento. Destruí-las com gritos mantinha a menina afastada do contato emocional com seu doloroso sentimento de desvalorização.

Ao ejetar para dentro da mente de sua terapeuta os sentimentos intoleráveis e indesejados que vivia, a menina fez uso da Identificação projetiva como forma de comunicar algo que as palavras ainda não davam conta: intenso sentimento de dor e humilhação que experimentava. A partir dessa vivência de comunicação primitiva, via fenômenos transferenciais e contratransferenciais e o processo pôde ser retomado.

Joana a caminho da integração

Joana entra para a sessão e propõe o jogo de batalha naval. Iniciado o jogo, ela tem certa dificuldade em aceitar e entender as regras. A terapeuta comenta o quanto quer aprender a “brigar”, e o jogo da batalha serve para isso. Joana reluta em continuar derrubando os barcos da terapeuta, mas elimina um deles. Disso resulta um contra-ataque, e a terapeuta derruba um barco de Joana. Ela fica braba e desiste do jogo. Vai até o sofá e se deita por um instante, muito zangada e incomodada. Depois de certo tempo, dirige-se ao armário, pega em sua caixa dois pedaços de pano solicitando ajuda para costurá-los. Começa a juntar os pedaços com agulha e linha. A terapeuta comenta que quando Joana fica muito braba, separa as coisas dentro dela, mas que também tem condições de costurar aquilo que está separado.

Nesse caso clínico, vemos em Joana a transição entre as posições esquizoparanoide para depressiva (Klein, 1946) quando começa a inte-

grar aspectos destrutivos de seu *self*. Seus aspectos agressivos foram personificados na batalha naval, que foi uma maneira de se autorizar a “brigar”. Em seguida, tem condições de costurar os pedaços de pano, personificando um movimento interno de integração de aspectos cindidos de seu *self*.

Podemos observar anteriormente que aspectos libidinais estão se firmando no mundo interno de Joana e são expressos na sua capacidade de reparação. Os movimentos de integração se manifestam por mudanças na relação transferencial, personificadas pelo jogo, que passa a incluir atividades como costurar, juntar, consertar.

O setting tomado pelas “falações” de Clara

Clara, 15 anos, filha única, se mostrou motivada a buscar ajuda, pois tinha muitos conflitos com sua mãe, desatenção com os estudos e preocupação com as brigas com o namorado, que era “galinha”. Seus pais haviam se divorciado recentemente, o que a deixava muito braba e triste, responsabilizando a mãe pela separação. Idealizava o pai e desqualificava a mãe; sofria muito com o afastamento do pai. Em determinada época, passou a relatar envolvimento com atividades de risco. Referia sair à noite com amigos que dirigiam alcoolizados e que se expunham a perigos no trânsito. Relatava episódios em que quase foram presos e de como se saíram triunfantes do perigo. Contava sobre grupos de amigos que eram pichadores de prédios. Dizia que os perigos e os riscos de serem pegos em flagrante a estimulavam. Fazia relatos que eram verdadeiras descargas verbais, eram “falações” que enchiam as sessões. Seu discurso parecia não comunicar, mas sim preencher o espaço de atos concretos, com histórias grandiosas. Quando convidada a discriminar o que realmente acontecia e os riscos reais a que se expunha, ameaçava abandonar o tratamento, atacava verbalmente sua terapeuta, que ficava tomada de preocupações por sua integridade e segurança. Simultaneamente, a terapeuta sentia que havia um certo exagero nos episódios relatados por Clara. Ao perceber que quanto mais preocupada a terapeuta ficava, mais Clara a provocava e aumentavam seus relatos, que, de tão grandiosos, pareciam invenções. Tomando contato com seus aspectos pessoais mobilizados por Clara, a terapeuta se deu conta de que a paciente fazia um jogo de provocação para manter sua atenção, cuidado e continência. Na vida cotidiana, pelos relatos de sua família, estava bem, com vida bastante diferente da que relatava nas sessões. Suas invenções e exageros eram a

tentativa de criar um mundo interessante, mas nasciam de sua necessidade transferecial de ser olhada e de despertar o cuidado da terapeuta (e dos pais).

Nesse caso clínico, evidenciou-se a forma de Clara mobilizar um novo olhar sobre ela, o novo corpo e os novos papéis. As pressões da realidade, os desafios escolares, mas, sobretudo, de seu mundo interno, de suas pulsões e o temor à vida sexual, que temia iniciar com o namorado “galinha”, levavam-na a se utilizar de processos de cisão. Criava, então, uma Clara corajosa, destemida e “marginal”. Suas “invenções”, quase delirantes por vezes, puderam, no transcurso da psicoterapia, ser compreendidas como defesas. Mas o que Clara temia e, via identificações projetivas, fazia sua terapeuta temer por ela? Possivelmente, toda uma gama de transformações corporais, psíquicas e familiares, assim como suas ansiedades frente ao início de sua vida sexual.

Pelos exemplos apresentados, percebe-se que os sentimentos contra-transferenciais frente a situações permeadas de agressividade, sofrimentos e ou estados confusionais expressos nas sessões, tanto por crianças quanto por adolescentes, não só colocam à prova nossa tolerância e continência, mas também nossa própria capacidade de trabalhar com essas faixas etárias. Tomando consciência dos sentimentos provocados em nós, é que poderemos compreender o sofrimento e agir terapeuticamente. A criança ou adolescente, ao se ver aceito e compreendido, vai se sentindo contido em suas ansiedades e, aos poucos, se torna apto a introjetar modelos menos persecutórios de vínculos. Vai discriminando os próprios impulsos, sentimentos e pensamentos como seus, sem necessitar projetá-los tanto. O paciente passa a perceber o terapeuta não como objeto ameaçador, mas como alguém em quem pode confiar, o que, paulatinamente, conduz a mudanças no caráter das transferências, que vão se diferenciando de formas mais deformadas para formas mais realistas de lidar com a realidade interna e externa. Como consequência, poderá se identificar com a capacidade de continência e de pensar do terapeuta.

Intervenções na atualidade: como e quando interpretar

O espaço psicoterápico pode ser compreendido segundo alguns modelos da teoria psicanalítica. Num nível histórico, temos o modelo freudiano, que prioriza a compreensão dos fenômenos da relação terapêutica em redes de relações históricas e de causas e efeitos. O modelo kleiniano

*so pode interpretar quando a haus-
feência instalada. Tem que ter uma
certa repetição. (dar sentido).*

busca compreensão de níveis intrapsíquicos ou das fantasias inconscientes. O jogo, os personagens e as narrativas nas sessões refletem aspectos da vida interna do paciente. Há um terceiro modelo, seguindo os conceitos de Bion, chamado “relacional insaturado”, em que as narrativas geradas no campo são compreendidas como holografias da relação emocional paciente/terapeuta, comunicando histórias partilhadas e que exprimem afetos (Ferro 2000).

Interpretação é o processo de colocar sensações em palavras, tornando conhecido para o paciente as fantasias, as ansiedades, os conflitos, as defesas e os modos de funcionamento mental que não podiam ser conhecidos por serem inaceitáveis em função de mecanismos de repressão. Esse é o modelo freudiano de tornar o inconsciente consciente.

Atualmente, há uma tendência ao abandono das intervenções prontas, tipo causa e efeito. Houve uma mudança epistemológica que rejeita o pensamento linear e positivista. A ciência psicoterápica atual é menos determinista e mais ligada às diversas possibilidades, o que envolve a noção de processos, contextos de interação e influências recíprocas. O nível intrapsíquico é considerado um aspecto mais amplo, abarcado pelos contextos intersubjetivos e transsubjetivos.

Temos um longo processo para a construção interpretativa, que inclui períodos em que o terapeuta tem a função de conter sentimentos e pensamentos projetados em si pelo paciente, guardá-los e processá-los mentalmente, até que ocorra a ocasião para devolvê-los para reintrojeção. Em outras circunstâncias, o terapeuta tem que tolerar o seu próprio desconhecimento do que está ocorrendo na relação terapêutica para poder, só mais tarde, intervir. Essa experiência pode ser muito importante e necessária para o paciente visando que seu terapeuta viva e experimente o não saber e esteja em algum momento identificado com seu “estado de -K” (Bion, 1980), pois, muitas vezes, esse é o estado mental que a criança ou o adolescente estão vivendo. Tentativas prematuras de interpretação podem fracassar. A interpretação, muitas vezes, é resultado final de um trabalho de semanas, até de meses de comunicações verbais e não-verbais entre a dupla paciente terapeuta (Lanyado e Horne, 2000).

Hoje, as narrativas da sessão, seja pelas palavras, pelo jogo ou pelo uso de outros mediadores, são entendidas como insaturadas: são abertas, plenas de vários sentidos e possibilidades, sem que o terapeuta “entregue” uma interpretação pronta. No caso das psicoterapias com crianças, o jogo é visto como texto narrativo e pré-partilhado pela dupla criança/terapeuta, não existindo sentidos prontos, mas a serem descobertos ou

criados. As interpretações do jogo não são dadas previamente por algum suposto simbolismo implícito, mas são criadas em conjunto com a criança, sem usar significados previamente saturados pela mente do terapeuta. As sessões são como “dois textos vivos que interagem continuamente entre si, transformando-se” (Ferro, 2000).

Este caso clínico possibilita que entendamos como uma interpretação fora do nível de compreensão da paciente pode ser modificada durante a sessão e, devido ao bom vínculo com a paciente, essa “perdoa” o erro da terapeuta, mostrando qual caminho seguir.

Interpretação saturada: Maria ensina a terapeuta por qual caminho seguir.

Maria chega à sessão com sua mãe e se esconde na sala de espera. Abro a porta pontualmente, e a mãe entrega um material da escola, falando sobre uma viagem de estudos. A mãe diz na sala de espera: “olha, conversem sobre isso”. Maria entra e pergunto sobre o que se trata. Ela diz que tem uma viagem e que está com um pouco de medo de ir, pois terá de dormir uma noite longe de casa e não sabe se conseguirá. Deita-se no sofá, continua a falar mais um pouco sobre a viagem e que não quer falar de seus medos. Ouço-a em silêncio, fazendo algumas perguntas sobre seus sentimentos. Maria se levanta da poltrona, se dirige ao armário de jogos e pega as cartas, propondo jogar “pif”. Juntamos os dois baralhos; ela separa os coringas e me dá as cartas para embaralhar. Começamos a jogar, e ela diz que ganhará o jogo de mim; grita muito quando acha uma carta que faz par com outra. Tenho que retomar as regras explicando que, para ganhar o jogo, tem que formar três sequências de números com naipes iguais ou três cartas de naipes diferentes, que formam a trinca. Ela briga muito, pois quer colocar dois naipes iguais e um diferente. Faço, então, a relação de que ela quer juntar dois: ela e a mãe, por isto não quer viajar sozinha, e é difícil para ela ver que as pessoas são separadas. Talvez por isso tema viajar, pois ela ficaria afastada da mãe, não suportando ver o casal parental unido. Enquanto conversamos, ganho o jogo, o que a deixa muito braba, desistindo de continuar a jogar.

Maria corre para o sofá, deita-se, grita comigo, dizendo que não tem nada a ver o que estou dizendo. Digo que para ela é muito difícil ver o pai e a mãe juntos e ela separada. Maria então se levanta, vai até o quadro e propõe o jogo de frases enigmáticas, em que temos que fazer frases com figuras para que o outro adivinhe. Nesse momento, percebo

que está muito difícil para Maria aceitar a interpretação que insisto em repetir. Ao mesmo tempo, Maria comunica que podemos falar da mesma coisa de uma outra maneira.

Maria mostra o caminho:

Começamos, então, a fazer o jogo de frases enigmáticas, exemplificado a seguir, com o conteúdo que trabalhamos antes.

A  - O +  - SA 
 - EJO + AN +  - DA  - CA
+  - PIS  - JO O  + I
E A  - LA + E  - SO + O
 - O +  - SA + R JUN +
 - MATE + S.



MARIA



TERAPEUTA

"A MARIA FICA ZANGADA QUANDO A TERAPEUTA FALA QUE O PAI E A MÃE VÃO FICAR JUNTOS".

Quando verbalizo que teme se separar da mãe, Maria resiste e se fecha. Porém, com o jogo enigmático, ela ri muito, quebra-se a resistência, e vai processando mentalmente suas ansiedades referentes ao conteúdo apontado. Porém, necessita fazer de uma maneira mais concreta, com figuras desenhadas que refletem a interpretação, construída, agora,

não apenas por mim, mas por nós duas, a “quatro mãos”. Dessa maneira, começa a elaborar as questões simbióticas com sua mãe e a suportar a exclusão imposta pela triangulação edípica.

Maria resistia a quê mesmo? A interpretação anterior estava saturada de significados fornecidos pela terapeuta, e Maria os sentiu como invasivos, o que a fez se rebelar, gritando alto, mandando a terapeuta ficar quieta. Resistiu à forma ou ao conteúdo da interpretação? Em seguida, ela mesma dá o caminho, sugerindo um jogo de adivinhação de frases enigmáticas, indicando que as palavras ouvidas eram um enigma para ela.

Maria suportou o “erro” da terapeuta, indicando um novo caminho, lúdico, que corrigiu a rota da sessão, sendo possível diminuir a resistência que estava se estabelecendo. Nesse modelo interativo, que leva em conta a totalidade dos fenômenos que ocorrem no campo bipessoal, foi possível retomar os processos de comunicação que estavam interrompidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fenômenos descritos neste capítulo se entrelaçam e foram divididos em tópicos para fins didáticos e para sua melhor compreensão. Apontamos, apenas, aqueles que consideramos mais importantes sabendo que o assunto não foi esgotado. Apresentamos a nossa síntese pessoal baseada nos nossos estudos, nos tratamentos e na construção de nossa trajetória no ofício como psicoterapeutas.

Como descrevemos anteriormente, a criança e o adolescente, por estarem em transformações físicas e psíquicas, requerem de nossa mente flexibilidade e continência e um constante acesso ao nosso próprio material inconsciente, para dar conta dos fenômenos contratransferenciais que essas faixas etárias suscitam. Salientamos, novamente, a necessidade de atenção às formas comunicativas na sessão, que incluem, além da palavra, uma profusão de material não-verbal, que pode ser expresso por meio de jogos, desenhos, personificações, gestos, postura, mímica e, no caso de adolescentes, uma expressão corporal por meio de roupas, tatuagens, trajetórias e movimento no *setting*,⁴ pelas quais expressam suas fantasias e seus sentimentos, que exigem do psicoterapeuta uma grande capacidade negativa e paciência para lidar com o novo e o inusitado.

A participação dos pais no tratamento, em vez de ser vista como entrave, pelo contrário, é um facilitador. Não podemos deixar de enfa-

tizar a riqueza que um bom vínculo com a família pode proporcionar para a manutenção e o progresso psíquico dos pacientes legalmente menores em psicoterapia psicanalítica.

Para finalizar, o psicoterapeuta de crianças e adolescentes deve ter a possibilidade de analisar, em seu tratamento pessoal, exaustivamente os conflitos mais precoces que essas faixas etárias costumam trazer nas suas sessões e se sentir com livre acesso a esses aspectos em seu inconsciente. É fundamental que o psicoterapeuta possa se abrir à voz e à expressão da criança e do adolescente valorizando as suas experiências particulares e seu sofrimento, vendo-os como subjetividades em construção e como sujeitos de seu próprio discurso.

Tornamos nossas as palavras de nosso querido mestre David Zimerman, quando refere que, para ser psicoterapeuta de crianças e adolescentes, devemos gostar dessas faixas etárias, manter a espontaneidade e autenticidade, além de ser “*gente como a gente*”, um ser humano comum, sujeito às mesmas grandezas e fragilidades de qualquer outra pessoa o que nos tornará mais próximos e empáticos com nossos pacientes (Zimmermann, 2004, p.459).

NOTAS

- 1 Ver Capítulo 6: O lugar dos pais na psicoterapia de crianças e adolescentes.
- 2 Ver Capítulo 7: A comunicação na psicoterapia de crianças, e 10: Formas comunicativas na psicoterapia com adolescentes.
- 3 Jogo do elástico – consiste em um elástico amarrado em volta das pernas de dois jogadores. Um terceiro jogador fará uma série de movimentos, obedecendo a etapas que só poderão ser ultrapassadas se a anterior for realizada com êxito; caso erre, passa a vez para outro. Ganha o jogo quem finalizar todas as etapas (no caso de apenas dois jogadores, como no caso da sessão terapêutica, se utiliza um terceiro elemento, cadeira ou mesa, por exemplo, que servirá para amarrar o elástico).
- 4 Ver Capítulo 10: Formas comunicativas na psicoterapia com adolescentes.

REFERÊNCIAS

- AMIRASTURY, A. *Psicanálise de crianças: teoria e técnica*. Porto Alegre: Artmed, 1982.
- BARANGER, W.; BARANGER, M. *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargiemen, 1968.
- BUDN, W. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1980.

- CARON, N. A. Reação surpresa na psicanálise de crianças. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 2. São Paulo, 1996.
- CASTRO, M. G. K. Um olhar clínico sobre a adolescência: características e queixas mais frequentes de adolescentes em psicoterapia. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE PSICANÁLISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 4., Gramado, 2000.
- _____. Vicissitudes do amor e do ódio na transferência e na contratransferência. In: JORNADA DO INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA EM PSICOTERAPIA (IEPP), 6., Porto Alegre. *Anais...* 30 abril de 1994. p. 66/72.
- CASTRO, M. G. K.; CIMENTI, M. E. Psicoterapia infantil: pensar relações e criar significados. *Revista do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia*, v. 2, p. 37-55, 2000.
- ETCHEGOYEN, H. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 1987.
- FENDRIK, S. *A ficção das origens*. Porto Alegre: Artmed, 1991.
- FERRO, A. *A psicanálise como literatura e terapia*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. *A Técnica na psicanálise infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- GLENN, J. *Psicanálise e psicoterapia com crianças*. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- KLEIN, M. A História do Jogo e seu significado. In: _____. *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- _____. Análise Infantil. In: _____. *Contribuições á psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1981.
- _____. Notas sobre os mecanismos esquizóides. In: _____. *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- KANCYPER, L. O Campo analítico com crianças e adolescentes. *Revista do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia*, v.4, n. 4, p. 9-16, 2002.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. Santos: Martins Fontes, 1970.
- LEWIN, K. *Teoria de campo em ciência social*. São Paulo: Pioneira, 1965.
- LANYADO, M.; HORNE, A. *The handbook of child and adolescent psychotherapy: psychoanalytic approaches*. Londres; Routledge, 2000.
- PINTO, L. H. V.; MENEGAT, C.; CASTRO, M. G. K. Adolescentes em psicoterapia: a percepção de si e do tratamento. *Boletim IEPP*, n. 9, abr. 2001. Resumo.
- SANDLER, J. *A técnica da psicanálise infantil*. Porto Alegre: Artmed, 1989.
- ZIMERMANN, D. E. *Manual de técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

As etapas da psicoterapia com crianças

5

*Livia Kern de Castro
Paula von Mengden Campezzatto
Lisiane Alvim Saraiva*

A psicoterapia psicanalítica com qualquer faixa etária, se bem-sucedida, comporta três fases: início do tratamento, fase intermediária e de término, que ocorrem depois de realizado um processo de avaliação detalhada do paciente. A experiência nos mostra que essas fases não são determinadas por sua duração, mas sim pelas características do vínculo terapeuta-paciente, que se modificam no decorrer do processo psicoterápico.

Porém, nem sempre a psicoterapia atinge essas três fases, pois podem ocorrer interrupções no transcurso do processo terapêutico devido a múltiplas causas, como a satisfação da família com apenas o esbatimento dos sintomas, resistências, mudanças de domicílio, dificuldades financeiras, entre outros. No caso de psicoterapia com crianças, esses aspectos devem ser observados ainda mais atentamente, pois além da relação paciente terapeuta, envolve os pais, escola, médicos e outros profissionais que as acompanham.

Alguns aspectos do tratamento com crianças serão explorados no decorrer deste capítulo, como a importância da consolidação de um bom vínculo, não só entre paciente e terapeuta, mas também com a família; uma avaliação ampla e profunda, no intuito de estabelecer uma adequada indicação terapêutica; e os principais fenômenos presentes em cada etapa da psicoterapia, nunca deixando de considerar que crianças são seres em pleno desenvolvimento, sofrendo transformações constantes, o que torna o processo psicoterápico bastante complexo. Reportando-nos a Anna Freud (1971), sabemos que há na criança alternâncias nos seus movimentos

progressivos e regressivos; que as forças pulsionais e do ego estão em constante fluxo e adaptação; que surgem variadas formas de defesa; e que os derivativos pulsionais, ego e diretrizes de desenvolvimento evoluem em ritmos desiguais. Além disso, podem existir fatores internos e externos interferindo, distorcendo ou desviando o crescimento psicológico infantil.

PERÍODO DE AVALIAÇÃO: O ENCONTRO

É raro que uma criança seja trazida à consulta por vontade própria, por haver pedido aos pais ajuda para os seus problemas. Na maioria das vezes, a criança vem para tratamento em virtude de uma preocupação dos pais ou de uma recomendação da escola, do pediatra, por reforços legais, entre outros. Em geral, foi observado algum comportamento preocupante ou, então, sintomas que não melhoraram com a passagem do tempo, como é esperado e normal no curso do desenvolvimento infantil (Bernstein e Sax, 1996; Copolillo, 1990; Zavaschi, et al., 2005). Também é importante que se questione: Por que a procura de atendimento nesse momento? Há algo especial que motivou a busca? O que ocorre não somente com a criança, mas com a sua família? De quem é a demanda? De que modo o funcionamento dessa criança está prejudicado? Por que dessa forma? O que pode ser feito?

A partir da observação, normalmente, percebemos algum fator desencadeante importante, consciente ou não, sendo de fundamental necessidade conhecer a conflitiva subjacente para melhor compreender a criança em questão.

A avaliação é o período no qual se faz necessário compreender dados globais do paciente, os quais incluem elementos do funcionamento e organização da família em termos de hábitos, rotinas, valores, assim como elementos do funcionamento psíquico da criança, no que diz respeito à fase de desenvolvimento em que se encontra, mecanismos de defesas predominantes, recursos egoicos, fantasias e integração ou não das instâncias psíquicas. Essa etapa não pode ser apenas considerada uma coleta de dados da história e do contexto da criança, o que empobreceria o vínculo, mas se constituir em um verdadeiro encontro com ela, sua família e seus sofrimentos.

Já nos primeiros contatos, é possível verificar inúmeras razões e motivos, declarados ou não, pelos quais uma criança é trazida para atendimento. Em muitas situações, as crianças são encaminhadas na expectativa

de que se ajustem ou se comportem da maneira que a família ou a escola deseja. Entretanto, pensamos que a psicoterapia psicanalítica não tem por objetivo a adaptação da criança, mas sim oportunizar a essa um espaço de autoconhecimento a partir da exploração de seus potenciais. A psicoterapia infantil é, portanto, um instrumento psicológico capaz de, além de buscar a remissão dos sintomas, ajudar a criança a expressar melhor suas emoções e a compreendê-las, ocasionando modificações no mundo intrapsíquico e inter-relacional. Os objetivos do tratamento, portanto, são semelhantes aos buscados junto a pacientes adolescentes e adultos, com a diferença que, com crianças, tudo acontece de forma inesperada e rápida, exigindo do terapeuta dinamismo e flexibilidade mental, além de muita disponibilidade para movimentação física (Castro e Cimenti, 2000).

O período de avaliação compreende um espaço de tempo necessário para se conhecer a criança e fazer um mapeamento de vários aspectos. Esse período varia em cada caso, embora haja uma sequência geral semelhante, que inclui entrevistas com os pais ou responsáveis (juntos ou separados), entrevistas com a criança, entrevista familiar, que permite a observação da interação pais/criança/demais membros da família e entrevistas de devolução. A entrevista com a criança é denominada 'Hora de Jogo Diagnóstica' e objetiva o conhecimento dela por meio de atividades lúdicas, que incluem a utilização de brinquedos, jogos e material gráfico, que são dispostos sob a forma de uma caixa individual que representa o sigilo e o mundo interno da criança, além de materiais coletivos, isto é, não exclusivos daquele paciente. Através do brincar, a criança expressa seus conflitos, angústias, fantasias e capacidade simbólica, permitindo ao terapeuta observar o nível de desenvolvimento emocional e cognitivo em que se encontra (Efron et al., 1995).

Desde a primeira hora de jogo, é possível verificar a fantasia inconsciente da criança sobre o motivo pelo qual foi levada ao tratamento, bem como sua fantasia inconsciente de cura (Aberastury, 1978), como ilustra o exemplo a seguir:

Gustavo, 5 anos, foi levado à avaliação por apresentar comportamento agressivo com os pais, separados desde antes do nascimento do menino. A mãe estava constituindo nova família e o pai estava muito ausente, em decorrência de uma rotina de trabalho estressante. Trabalhava durante toda a noite e estudava à tarde, sem conseguir se organizar financeiramente para os encargos da pensão de Gustavo e para as próprias despesas.

Depois das entrevistas com os pais, foi realizada uma hora de jogo com o paciente, que optou por desenhar cuidadosamente um barco a velas, onde passeava com seu pai.

Gustavo contou que o mar era “fundo” e lá havia muitos peixes e tubarões. O barco furou e iriam afundar. Chega, então, um navio com uma mulher, que podia jogar uma boia. Porém, a boia era pequena e ali só caberiam crianças.

Dessa forma, Gustavo revela que tanto ele quanto seu pai estavam “afundando” e precisavam de ajuda. A terapeuta era representada pela mulher que jogava uma boia, remetendo ao pedido de ajuda do menino.

O psicoterapeuta, ao comentar sobre os pensamentos da criança acerca do motivo de seu encaminhamento já na primeira sessão, assinalando seus medos, expectativas e fantasias sobre o que lhe acontecerá no decorrer da avaliação, estará facilitando a aliança terapêutica.

Para a realização de um trabalho desse tipo, é importante o psicoterapeuta ter sólidos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil normal e patológico¹, estando apto a diferenciar as crises vitais (comuns ao desenvolvimento normal) das acidentais (peculiares à história de vida da própria criança), sintomas decorrentes de fatores orgânicos daqueles de origem emocional, entre outros. Por isso, há importantes recursos que podem complementar a avaliação e auxiliar em uma indicação terapêutica adequada. O psicodiagnóstico e a avaliação multidisciplinar auxiliam na elaboração da hipótese diagnóstica, especialmente quando há necessidade de avaliar déficits cognitivos e motores ou estabelecer diagnóstico diferencial. A aplicação de testes pode ser realizada pelo próprio psicoterapeuta, se esse dominar as técnicas necessárias e se sentir confortável para tal, ou por um colega especializado em psicodiagnóstico. O psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo e que utiliza métodos e técnicas psicológicas para descrever e compreender, ao máximo, a personalidade total do paciente. Abrange os aspectos passados, presentes (diagnóstico) e futuros (prognósticos) (Cunha, 2000; Efron et al., 1995). É possível, também, que seja necessário o encaminhamento para outros profissionais, caso haja suspeita da interferência de alguma condição médica geral, que esteja provocando sintomas semelhantes aos de origem emocional.

Fernando, 7 anos, iniciou avaliação no final do ano escolar devido a uma importante dificuldade de aprendizagem, principalmente na área da leitura. Nas entrevistas iniciais com o menino e sua família, a psico-

terapeuta percebeu inúmeros conflitos relativos a segredos familiares. Esses poderiam estar interferindo diretamente na curiosidade e no desejo de descobrir coisas novas e de aprender. Mesmo assim, a profissional optou por recorrer à testagem psicológica, na intenção de descartar possíveis déficits intelectuais, neurológicos ou orgânicos. O resultado do primeiro teste utilizado (Teste Visuomotor de Bender) apontou indícios significativos de lesão cerebral, que ocasionou o encaminhamento do menino para um neuropediatra. Exames médicos confirmaram o comprometimento neurológico do menino.

A partir disso, surgiram novos dados relacionados à história de Fernando, antes obscuros, sendo informado que o paciente teria sofrido crises convulsivas ainda nos primeiros meses de vida. Seus efeitos, somados aos conflitos emocionais familiares, estavam interligados às dificuldades para aprender. Dessa forma, a psicoterapia e o tratamento neurológico, foram iniciados simultaneamente, favorecendo a diminuição do sofrimento de Fernando.

Em muitos casos, faz-se necessária uma investigação que atenda outras demandas, como o atendimento combinado com profissionais de outras áreas, tais como neurologistas, pediatras, psiquiatras infantis, fonoaudiólogos, psicopedagogos, entre outros. Um exame realizado por equipe multiprofissional ocorre sempre que se faz necessária uma avaliação mais complexa, abrangente e inclusiva, ou seja, quando é preciso investigar e integrar dados referentes às condições médicas, cognitivas, sociais da criança que está sendo avaliada, para chegar a uma hipótese diagnóstica e a um prognóstico mais coerente – descartando possíveis dificuldades em outras esferas que não a psicológica. Para tal, é fundamental que o psicoterapeuta recorra a outros profissionais quando precisar levantar dados de natureza médica, social ou escolar, como ocorreu no tratamento de Deise.

Deise, 6 anos e 5 meses, foi encaminhada para tratamento psicológico pela fonoaudióloga que a acompanha há um ano, por dificuldades em desenvolver a fala, enurese noturna, agressividade direcionada à mãe adotiva e diversos outros comportamentos característicos de crianças bem pequenas. Nas primeiras sessões de avaliação, Deise balbuciava como um bebê, desenvolvendo uma maior comunicação verbal aos poucos e intercalava brincadeiras adequadas à faixa etária com brincadeiras de montar e cubos para crianças de 2 a 3 anos.

Nas entrevistas de anamnese, obteve-se os dados de que fora adotada aos 3 anos e, de acordo com os registros trazidos à terapeuta, vinha se desenvolvendo normalmente até essa idade. Quando adotada por uma mãe solteira, com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar grave e histórico de diversas internações, parece ter parado de se desenvolver e voltou a utilizar bico e mamadeira, além de enurese noturna na cama que dividia com a mãe.

Ainda durante o processo de avaliação, foram necessários vários atendimentos complementares para auxiliar na etiologia e no diagnóstico da menina, que foi encaminhada, na medida em que se fortalecia o vínculo terapeuta/paciente/mãe, para uma neurologista infantil e uma psiquiatra infantil, as quais diagnosticaram um foco de epilepsia benigna, que justificaria em parte o atraso na linguagem, além de prescreverem uma dosagem baixa de Risperidol. Foi realizado um psicodiagnóstico, que avaliou as funções intelectivas como medianas e adequadas à faixa etária. A professora também foi contatada no sentido de auxiliar Deise a desenvolver autonomia e se autorizar a crescer.

Ao final da avaliação, consideramos importante estabelecer uma formulação diagnóstica, tanto do ponto de vista descritivo (CID-10 [OMS, 1993] ou DSM-IV-TR [APA, 2003]) quanto dinâmico, que auxiliará no planejamento do tratamento. A formulação psicodinâmica deverá englobar uma descrição das principais defesas, a apresentação dos conflitos centrais do paciente e, como resultado, uma apreciação do modelo de funcionamento mental predominante e das relações de objeto que estabelece. Também deverá enfatizar aspectos preditivos das respostas do paciente em relação à situação terapêutica (prognóstico), bem como seus recursos de ego e sua motivação para o tratamento (Zavaschi et al., 2005).

O uso do “Perfil Desenvolvimental” proposto por Anna Freud é um recurso auxiliar bastante interessante que pode servir como guia para a organização e o detalhamento do material clínico, levando a um diagnóstico que reflete múltiplos pontos de vista metapsicológicos, provenientes de abordagem meticulosa e multifacetada da história do paciente e seus sintomas (Silverman, 1996; Freud, A., 1971).

Tal formulação diagnóstica e indicação terapêutica será comunicada de uma forma compreensível ao paciente e seus familiares nas entrevistas de devolução, que é a última etapa do período avaliativo. Inicialmente são comunicados os aspectos saudáveis e, posteriormente, os mais comprometidos no desenvolvimento do paciente. Este talvez seja o momento

mais delicado do processo, pois tem por objetivo discutir os achados diagnósticos com os pais de uma forma compreensível. Os sentimentos de vulnerabilidade dos familiares devem sempre ser considerados, pois a devolução pode ser recebida com desapontamento, dúvida e até mesmo raiva explícita. Os pais sonham com uma criança perfeita e com um relacionamento familiar ideal. Por isso, o terapeuta deve estar preparado para lidar com as manobras defensivas que possam surgir em decorrência do rompimento desse ideal narcísico parental.

Indicada a psicoterapia, aspectos relativos ao contrato terapêutico podem ser abordados já nas entrevistas de devolução. Assim, se estabelecem combinações formais imprescindíveis para o curso do tratamento e para a consolidação e manutenção do *setting*, como frequência das sessões, horários, honorários, férias, sigilo, faltas e trocas de horário. Tais combinações podem mobilizar resistências e ansiedades tanto no paciente e em sua família quanto no terapeuta. Observamos, em nossa prática, por exemplo, a frequente utilização de justificativas baseadas em dificuldades financeiras (reais ou não) para encobrir resistências ao tratamento. A esse respeito, Zavaschi e colaboradores (2005) sugerem que a própria criança entregue o pagamento de seu tratamento ao psicoterapeuta, pois isso a auxiliará a compreender o investimento dos pais e a seriedade do tratamento.

Também é fundamental, antes do início da psicoterapia, que se investigue a possibilidade de a família seguir as combinações necessárias para a manutenção do tratamento como buscar e trazer a criança nos horários marcados, participar das entrevistas agendadas com os pais, efetuar o pagamento dos honorários, entre outros aspectos do contrato.

A frequência das sessões já deve ter sido examinada no período avaliativo e está baseada numa visão global do funcionamento da criança e das possibilidades de a família manter o tratamento. Normalmente, trabalha-se em psicoterapia psicanalítica com duas sessões semanais, pois é uma frequência que possibilita proximidade e aprofundamento. Em determinados casos, pode-se indicar a frequência de três sessões semanais, se necessário. Atualmente, por situações externas (dificuldades de levar e buscar a criança, problemas econômicos, entre outros), também se realizam psicoterapias com uma sessão semanal. Essa indicação, no entanto, tem que levar em conta algumas condições da criança, tais como não apresentar distúrbios globais severos, ser capaz de tolerar frustrações e conter ansiedades, possuir relativa força egoica e defesas razoáveis para suportar uma semana entre as sessões. Autores como Parsons, Radford e Horne (1999) contraindicam a frequência de uma sessão semanal para crianças mais

comprometidas emocionalmente, pois há maiores possibilidades de que atuem o conflito fora do *setting* psicoterápico, dando a impressão de estarem “piores” com a terapia. Todavia, em nossa prática percebemos que essa frequência de tratamento pode ser a única possível para determinadas famílias e, pela experiência acumulada em inúmeros casos atendidos nessa modalidade, alcançamos resultados positivos mesmo com crianças muito fragilizadas.

Cabe lembrar também que a psicoterapia nem sempre é a exclusiva indicação ao paciente que chegou à avaliação. Muitas vezes os familiares é que estão apresentando dificuldades para manejar uma crise vital do desenvolvimento da criança, sendo necessário auxiliá-los através de outros encaminhamentos. Outras vezes a demanda é dos pais, que acabam se dando conta de que eles também precisam de psicoterapia.

O propósito da etapa avaliativa é, portanto, obter um entendimento aprofundado do sofrimento da criança e de seu modo de funcionamento mental a partir de uma visão ampla e global do contexto social, familiar e desenvolvimental. Também se deve estar atento às articulações que os sintomas que originaram o pedido de ajuda têm na fantasia, tanto da criança como de sua família, visando à elaboração de uma indicação terapêutica adequada para cada caso específico.

FASE INICIAL: A ALIANÇA

Indicada a psicoterapia e contratado o tratamento, a fase inicial se caracteriza principalmente pela construção de um vínculo de confiança e da aliança de trabalho. Assim como na avaliação, é imprescindível a construção de uma hipótese diagnóstica descritiva e psicodinâmica que norteará a indicação terapêutica. No início do tratamento, é necessário também um planejamento da psicoterapia, que inclui a indicação, os objetivos (conscientes e inconscientes) e os recursos do paciente, considerando suas necessidades e possibilidades (Ianklevich, 2005).

É nesse período que a maioria dos abandonos de tratamento costumam ocorrer, especialmente entre a primeira e a oitava sessão (Chaieb et al., 2003). Isso se deve ao fato de o terapeuta possuir menos recursos para trabalhar as ambivalências, desconfianças e resistências acerca do tratamento que se inicia, já que, nessa fase, predominam emoções e ansiedades paranoides que devem ser compreendidas e trabalhadas (Ianklevich, 2005; Luz, 2005).

handwritten: *crianças = sem
alguém quem levar a
criança*

Juliana, 9 anos, apresentava agressividade, baixa autoestima e brigas no lar, por se mostrar dependente da mãe para as tarefas escolares. Vinha de um tratamento anterior que durara pouco tempo em virtude da mudança da terapeuta para outra cidade. Ao iniciar o novo tratamento, Juliana mexeu em sua caixa apenas na primeira sessão, mas sem muita curiosidade. A única coisa que lhe chamou a atenção foi uma mãozinha de 'geleca', que grudava em tudo. Usando-a, Juliana tentava atingir a terapeuta, colando a mão nela. Após a primeira sessão, Juliana não mais tocou na caixa, o que era assinalado pela terapeuta. A menina ignorava tais verbalizações e seguia utilizando apenas os jogos coletivos. A terapeuta compreendeu que Juliana queria muito poder 'grudar' nela e formar uma aliança, mas não podia, nesse momento, enfrentar os seus conflitos de dependência, perda e controle. Antes, era preciso estabelecer um vínculo de confiança e ter alguma segurança de que não se sentiria "abandonada", como se sentiu com a interrupção do tratamento anterior. Juliana não conseguia tocar nos conteúdos de sua "caixa/cabeça" antes que a terapeuta se apresentasse constante e como um objeto confiável. A situação seguiu assim por quase cinco meses, com resistências alternadas com aproximações, quando Juliana começou a explorar a caixa e seu conteúdo, sentindo-se livre para investigar e explorar suas fantasias, temores e sentimentos. Isso só foi possível quando a paciente estava bem vinculada e já podia confiar na terapeuta.

Dentre os materiais lúdicos disponíveis na sala de atendimento, normalmente é a criança quem escolhe o que deseja utilizar no decorrer da sessão e isso vai revelando algo sobre ela mesma. O terapeuta é guiado pela criança e acompanha o jogo, intervindo ou interpretando aspectos significativos do mesmo. Frequentemente, o paciente aceita melhor as interpretações quando essas não se referem diretamente a ele, mas ao seu brincar e às personificações que cria. O jogo possibilita partilhar temores e viver situações à distância no tempo e espaço, deslocando ansiedades e conflitos que podem ser elaborados.

O campo que se cria na fase inicial precisa conter esperanças e receios, aproximações e recuos na construção do trabalho psicoterápico (Ianklevich, 2005). A aliança tende a evoluir com o passar do tempo, baseada na crescente ligação positiva com o terapeuta e na percepção (consciente) da necessidade de ajuda (Sandler, 1982), como pode ser visto no caso de Rafael:

Rafael, 9 anos, chegou à psicoterapia encaminhado pela escola, com um histórico de cinco tentativas de tratamento. No período de avaliação, escolhia repetidamente jogos de tabuleiro (Damas, Ludo, Moinho) e voleibol. Após um firme contrato com os pais, com interpretações acerca da dificuldade em confiar o filho a um profissional, foi iniciada a psicoterapia de Rafael. Certo dia, após cerca de quatro meses de tratamento, propôs: “Vamos mudar o jogo de vôlei? Agora, não é mais de fazer pontos, e sim vamos contar quantos toques conseguimos dar na bola sem deixar ela cair!”. Juntos, terapeuta e Rafael, compreenderam que agora estavam formando uma dupla com uma tarefa comum, a de “segurarem” juntos os problemas dele.

No final da primeira fase, o paciente, mais aliviado dos sentimentos persecutórios e mais familiarizado com o processo terapêutico, deverá se aliar ao terapeuta na tarefa de identificar conflitos e buscar elaborá-los, mostrando-se mais preparado para receber interpretações (Zavaschi, et al., 2005).

FASE INTERMEDIÁRIA – O PROCESSO ELABORATIVO

A fase intermediária do processo psicoterapêutico é o período que se estende desde o momento em que se consolida a aliança terapêutica até a ocasião em que uma séria proposta de término passa a ser discutida entre paciente e terapeuta. É, em geral, a etapa mais longa dos tratamentos, que visa examinar, analisar, explorar e resolver os sintomas e as dificuldades emocionais do paciente. O objetivo dessa etapa é a essência do tratamento (Luz, 2005).

É possível ao terapeuta perceber a evolução para a fase intermediária quando passa a existir continuidade nos temas trazidos pelo paciente entre sessões. Dessa forma, a criança resgata assuntos ou brincadeiras ocorridas em momentos anteriores do tratamento.

Ana, 7 anos, foi encaminhada para tratamento por uma instituição de proteção ao menor, por ter sofrido maus-tratos na família de origem. Ela pouco brincava ou falava, tendo momentos de isolamento. Inicialmente, passava as sessões produzindo bonecos disformes de massa de modelar, solicitando a ajuda da terapeuta para colá-los com muita cola e durex. Eram produções sempre inacabadas e insatisfatórias para a

menina, que manifestava muito sofrimento. Aos poucos seu brincar passou a ser mais rico e simbólico, passando a utilizar a personificação com os bonecos que construía e a se interessar por contos infantis e brinquedos variados, que alargavam seu contato com seu mundo interno. Estava em terapia havia um ano quando propôs o desenho de um cachorro denominado "Bulldogue". Entrou na sessão em busca desse desenho, ocasião em que decidiu fazer uma "Buldoga" para lhe fazer companhia. Nas sessões seguintes, ocupou-se com a construção de uma casa para residirem, de tigelas para sua alimentação e, por fim, com o desenho cuidadoso dos filhotes do casal de cachorros. Construiu o que chamou de "família de cachorros felizes" – elaboração, no início um tanto maníaca, de seus traumas reais vividos, tarefa que ocupou meses de sua terapia.

Paulatinamente, a relação entre a criança e o terapeuta muda à medida que o tratamento passa para a fase intermediária. A criança começa a pensar no terapeuta como uma pessoa da sua vida diária, embora com papel e função bem discriminados das demais relações de sua vida.

A aliança terapêutica e a confiança consolidada possibilitam um clima de intimidade a partir do qual sentimentos de raiva ou aversão ao terapeuta podem também começar a emergir. É comum o uso do banheiro pelas crianças, bem como a vazão de impulsos corporais, tais como eructações e flatulências, expressando conteúdos orais e anais sádicos e agressivos. Nossa função como terapeutas é buscar significados para tais atitudes, relacionando-as com os conflitos subjacentes. Muitas vezes, tais ações podem ser entendidas como *actings*; em outras, apenas como uma forma de expressão. Essa compreensão do terapeuta se dá a partir da relação da dupla e da trama de sentimentos agressivos e amorosos que permeiam o campo psicoterápico. É sempre importante apontar que a criança tem permissão de expressão simbólica para brincar, desenhar ou falar sobre qualquer tema, mas não pode fazer tudo, pois isso coloca em risco o *setting*.

Winnicott (2000) ressalta que "o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva, capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a se defrontar com todas as dificuldades inerentes à vida" (p. 404). É possível fazer uma alusão com a situação terapêutica, na qual o paciente só poderá ser ele mesmo e mostrar seus aspectos positivos e negativos quando se sentir seguro em um ambiente suficientemente bom, em que ele possa ter experiências que remetam às mais diversas emoções e aos estados de seu *self*. Assim, pode mostrar sua agressividade, seu ódio e sua inveja, pois sabe que

no espaço do *setting* tais aspectos serão trabalhados, tolerados, respeitados e integrados à sua personalidade. Sem essa espontaneidade, o verdadeiro *self* poderia ficar encoberto por um falso, que reagiria aos estímulos em uma tentativa de se livrar das experiências instintivas sem vivenciá-las.

Para o psicoterapeuta, uma das tarefas mais difíceis no curso da psicoterapia é o defrontar-se com o profundo sofrimento da criança. Nestes momentos, é necessário estar atento aos sentimentos contratransferenciais para não entrar em conluio inconsciente com o paciente, evitando tocar nessas situações dolorosas. O paciente também fornece ao psicoterapeuta indícios do momento propício para interpretações ou outras intervenções dirigidas a tais conflitos e dificuldades. Isso pode ocorrer quando ele passa a brincar com o mesmo brinquedo, repetir o mesmo material, mesmo que sob diferentes formas, através de postura física e olhares para o terapeuta, mudanças no jogo e enriquecimento do mesmo (Castro e Cimenti, 2000).

O jogo é uma narrativa que faz parte de um campo emocional estabelecido entre a criança e o terapeuta. O brincar pode ser entendido como texto narrativo que é pré-partilhado pela dupla, não existindo sentidos prontos, ou interpretações previamente saturadas pela mente do terapeuta. A dupla deve buscar descobrir ou criar esses sentidos (Ferro, 1995).

Quando a criança está sofrendo por uma perda real, concreta, por morte ou abandono, ela precisa mais de continência do que de interpretações. Também se evita interpretar quando a criança está tentando entender o que ocorre com ela. Nessas situações, é mais adequado deixar que ela mesma chegue ao *insight* no seu ritmo (Castro e Cimenti, 2000).²

Em relação a esse aspecto, é importante lembrar que a elaboração não se limita à hora terapêutica; é comum que a criança relate a ocorrência de *insights* fora da sessão. Essas compreensões afetarão diretamente as relações da criança com os pais ou outras figuras significativas. Na medida em que a psicoterapia evolui, pode-se esperar que a criança alcance *insights* cada vez mais genuínos e significativos, com consequente alívio dos sintomas e com crescimento mental (Luz, 2005), passando a utilizar com mais frequência a linguagem verbal, diminuindo o uso de mecanismos regressivos e de *actings* (Zavaschi et al., 2005).

Mesmo com essas conquistas, os riscos de interrupção não se extinguem nessa etapa intermediária. As possíveis causas para a interrupção prematura incluem fatores do terapeuta, do paciente e também da realidade (Luz, 2005). O mesmo se pode pensar para os casos de estagnação do progresso terapêutico. Qualquer paralisação do processo terapêutico pode ser pensada não só a partir da interação entre a transferência do paciente

e a contratransferência do terapeuta, mas também sob a ótica de um fenômeno de campo, produto da interação dos três elementos (terapeuta, paciente e pais) (Kancyper, 2002), como aparece no caso de Maria:

Maria, 6 anos, foi levada a tratamento devido a dificuldades para conciliar o sono. A menina recusava-se a dormir sozinha, de modo que os pais vinham se revezando para dormir com ela à noite. A psicoterapeuta desde o início percebera as dificuldades sexuais do casal, que estavam vinculadas ao sintoma de Maria. Após alguns meses em psicoterapia, Maria “pegou no sono” em sua própria cama, retirando-se do quarto do casal. Na semana seguinte, seus pais solicitaram uma entrevista e comunicaram a interrupção do tratamento da menina utilizando como justificativa a possibilidade de anteciparem as férias. As tentativas de trabalhar as resistências parentais foram infrutíferas, pois esbarravam nos conflitos dos pais de Maria, que precisavam do sintoma da menina para encobrir suas próprias dificuldades conjugais e pessoais.³

No caso de não-interrupção do processo psicoterapêutico, a fase intermediária torna-se a mais longa de todo o processo, compreendendo a exploração, a interpretação e a elaboração dos conflitos manifestos e latentes que originaram a busca de tratamento para a criança. Em função disso, no decorrer dessa fase novos conflitos poderão emergir e novas questões poderão ser foco do trabalho terapêutico.

FASE FINAL – A DESPEDIDA

A fase final do processo psicoterápico é o período que se estende desde a primeira menção séria de término do tratamento até o minuto final da última sessão, combinada para o encerramento de fato (Luz, 2005). A ideia da finalização do tratamento pode vir do paciente, dos pais, do terapeuta, ou, ainda, das três partes envolvidas quando há uma melhora visível e clara que justifique um término terapêutico. Na maioria das vezes, ocorre o que chamamos “término combinado”, quando uma das partes, geralmente os pais, anunciam a decisão de encerrar o processo, sendo combinado um período para trabalhar com criança o processo de separação e a despedida do terapeuta. Términos a pedido também podem ser o final de um processo produtivo e de crescimento (mesmo que em certos casos o psicoterapeuta ainda apontasse conteúdos a serem trabalhados), quando

a separação pode ser vivenciada e trabalhada no campo psicoterápico sem pressa.

Essa etapa final tem como objetivo ajudar a criança a examinar suas condições reais para um término, trabalhar as questões relativas ao luto pelo fim do relacionamento com o terapeuta, identificar os ganhos conquistados e as situações que ainda merecem alguma atenção psicoterápica (Luz, 2005).

Duarte (1989) desenvolveu a ideia de “entrevista final” em psicoterapia infantil, que seria a entrevista na qual é vivenciado o término do tratamento por parte da criança, não sendo, necessariamente, a última sessão. A autora considera que essa “entrevista final” ocorre quando a criança pode compreender que deixará de fazer psicoterapia e irá se separar do terapeuta, quando há uma concordância entre os pais, o terapeuta e a própria criança de que ela está bem e poderá seguir sua evolução sozinha. A autora aponta semelhanças entre a primeira entrevista de tratamento e a entrevista final. Na primeira, a criança expõe suas fantasias de doença e de cura e, na última, ela parece reviver de modo sintético todo o processo psicoterápico, desde o motivo de busca até o momento da despedida.

Esse é um período em que se mesclam trocas transferenciais-contratransferenciais relacionadas às questões da realidade externa ante ao fato de, brevemente, não existir mais o vínculo paciente-terapeuta nos moldes em que até então aconteceu. Interpretações transferenciais relativas à perda e ao luto pelo término são muito úteis para auxiliar o paciente a se despedir de seu terapeuta.

O tratamento de Ana já durava quatro anos e meio quando paciente, terapeuta e responsáveis legais concordaram com o término. O encerramento então, foi combinado para seis meses depois, tempo razoável para trabalhar o processo de separação com essa menina, que havia sofrido abandonos. Em uma das sessões seguintes, Ana chega ao consultório da psicoterapeuta carregando duas folhas, nas quais havia dois desenhos muito parecidos, cada um com um carro andando em uma estrada. Observando atentamente, via-se que os carros andavam em direções opostas.

Terapeuta: Ana, que desenhos são esses que trouxeste?

Ana: Um carro indo para cada lado.

Terapeuta: Estão se distanciando, então?

Ana: Esse está indo para a tua casa e esse indo embora. Não sei se vão se encontrar, mas quando se cruzaram pela estrada, se abanaram e disseram "Oi, tudo bem?"

Terapeuta: Então são carros que se conhecem, que estão se distanciando como nós, que estamos nos despedindo; eu, indo para minha casa e tu indo para longe de mim.

Ana: É, acho que é bem assim. Já falei para minha professora que ano que vem não virei mais aqui nas terças-feiras...

Um tempo combinado para o término possibilita rever etapas e examinar conquistas obtidas ao longo de todo o processo, bem como analisar objetivos que não puderam ser atingidos total ou parcialmente. É uma etapa de “balanços” e de elaboração da separação.

Diante disso, percebe-se que termos fora do *timing* podem acarretar riscos para um bom fechamento do processo, seja por serem prematuros ou postergados (Luz, 2005). Quando ocorrem precocemente, é possível que o luto não seja elaborado suficientemente, podendo envolver ansiedades tanto do paciente quanto do terapeuta em lidar com a separação. Da mesma forma, tratamentos prolongados além do necessário também podem refletir dificuldades de separação da dupla ou da família de assumir, agora sem a ajuda do terapeuta, a responsabilidade pela criança e seguir lidando com as dificuldades que possam vir a surgir no curso do desenvolvimento. Além disso, tais termos podem denunciar dificuldades contratransferenciais por parte do terapeuta.

Os critérios para se decidir um término relacionam-se aos objetivos terapêuticos e à mudança psíquica alcançada pela criança em três espaços, como sugere Bianchedi (1990): *espaço intrasubjetivo*, ligado às pulsões, seus derivativos e fantasias; *espaço intersubjetivo*, que envolve as relações objetais e espaços vinculares e um *espaço transubjetivo*, que responde pelo espaço social e cultural.

Em diversos casos há um retorno dos sintomas ou até uma piora em resposta à possibilidade de término iminente, o que pode ou não ser considerado resistência. Esse possível retorno dos sintomas pode ocorrer devido ao fato de ainda haver um trabalho de elaboração por fazer ou apenas sinalizar uma reação à eminência de separação da dupla. Nem sempre é fácil, portanto, diferenciar entre o que ficou por fazer e o que é uma recapitulação do passado.

O término do tratamento psicoterápico de uma criança é uma vitória para ela e também para o terapeuta, em que se mesclam uma gama de sentimentos como pesar pela separação e a satisfação pelas conquistas alcançadas. Cada terapeuta tem seus próprios critérios para alta, embasados nas experiências profissionais e na síntese individual, resultantes da for-

mação e do tratamento pessoal (Castro, 1989). Entre inúmeras listagens de critérios de alta, privilegiamos a de Kernberg (1995), que sugere alguns indicadores por parte da criança:

- Apresenta uma ideia mais realista do terapeuta e de suas funções, demonstrando bom relacionamento com ele, sendo desfeitos os vínculos transferenciais.
- Passa a trazer mais material referente à vida cotidiana, dando-se conta da perspectiva de tempo e apresentando planos futuros.
- Demonstra mudança na qualidade das suas comunicações, havendo aumento de verbalizações.
- Demonstra sentimentos ambivalentes com relação ao término, como tristeza e pesar, acompanhados de satisfação com seus ganhos.
- Apresenta comportamentos sublimatórios, desenvolvendo novos interesses e criatividade.
- Usa defesas mais flexíveis e evoluídas.
- Obtém *insights*, tornando-se mais reflexiva na busca de entendimento acerca das causas dos fenômenos que observa em si e na realidade externa.
- Retoma o curso de seu desenvolvimento sem tantas barreiras e sofrimentos.

O final de um processo psicoterápico implica também na perda da onipotência. É claro que não foram trabalhados todos os aspectos e conflitos da criança, por isso, o término pode ser considerado uma etapa que fica em aberto, com o reconhecimento de que circunstâncias futuras podem produzir novos problemas e que um outro período de trabalho pode se tornar necessário (Castro e Cimenti, 2000).

Sendo o término programado de comum acordo entre paciente e terapeuta, propõe-se que a data da última sessão também seja acordada entre ambos (Luz, 2005). Ainda que essa data seja definitivamente fixada, em alguns casos, pode ser indicada uma redução da frequência das sessões no decorrer desse processo de término, o que algumas vezes pode ser sugerido pela própria criança.

Em relação a esse aspecto, é importante ressaltar a inadequação de concretizar o término em período imediatamente antes ou após as férias, pois mascara os processos de separação e elaboração de lutos, que ficam negados.

A elaboração da separação é apenas o ponto de partida para que o paciente possa seguir sozinho e com mais autonomia a sua caminhada, desfrutando das conquistas obtidas no decorrer do processo. Além disso,

a vivência de uma boa experiência psicoterápica na infância mantém as portas sempre abertas para que um novo processo possa ser iniciado em outro momento de vida, caso seja necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo psicoterápico com crianças abrange a avaliação e as três etapas de tratamento (inicial, intermediária e final), sendo que essas etapas se caracterizam pela forma e pelos conteúdos pelos quais a psicoterapia transcorre.

Uma peculiaridade do tratamento nessa faixa etária consiste no fato do trabalho criativo envolver não apenas o paciente e o terapeuta, mas também os pais e, em alguns casos, outros familiares, a escola e demais profissionais que, porventura, acompanham o caso, o que contribui para aumentar a complexidade do processo.

Ainda que o terapeuta deva estar atento a todas as partes envolvidas, o cerne do trabalho terapêutico e o principal veículo para mudanças psíquicas é a relação psicoterápica estabelecida com a criança e a compreensão dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais. Terapeuta e criança se conhecem, constituem uma aliança de trabalho e um vínculo único e diferenciado dos demais, a fim de explorar os sintomas e tentar resolver as dificuldades emocionais.

A receptividade emocional do psicoterapeuta e sua habilidade para criar um espaço psicoterápico continente, que acolha a espontaneidade, o brincar, “as fantasias não-domesticadas” e o pensar sobre as experiências emocionais que brotam nas sessões, via relação transferencial-contratransferencial, é imprescindível para a realização de uma psicoterapia. Por isso, é fundamental que o terapeuta de crianças esteja conectado com o seu mundo interno e com seus próprios aspectos infantis, para ser receptivo com o rico e multifacetado mundo interno da criança.

NOTAS

1 Ver Capítulo 3: Desenvolvimento emocional normal da criança e do adolescente.

2 Ver Capítulo 5: A clínica com crianças e adolescentes: o processo psicoterápico.

3 Ver Capítulo 6: O lugar dos pais na psicoterapia de crianças e adolescentes.

O lugar dos pais na psicoterapia de crianças e adolescentes

Anie Stürmer

Clarice Kern Ruaro

Lisiane Alvim Saraiva

Na maior parte dos tratamentos de crianças e adolescentes, o contato inicial com o terapeuta é realizado pelos pais ou responsáveis. Principalmente no caso de crianças, a busca não se dá de forma espontânea, mas sim em decorrência de comportamentos desadaptativos ou crises desenvolvimentais que trazem preocupações aos pais, à escola e ao pediatra. Os psicoterapeutas que trabalham com essas faixas etárias, muitas vezes, se veem frente a questões inescapáveis relacionadas com a presença dos pais nos tratamentos dos filhos, deixando transparecer a singularidade própria da psicoterapia de orientação psicanalítica. O lugar ocupado pela família é extremamente relevante na psicoterapia de menores. Desde o primeiro contato telefônico, a prática da psicoterapia se mostra indissociável da entrada de muitos discursos, fantasias, ansiedades e conflitos, e a participação dos pais ou responsáveis é fundamental para a consolidação, manutenção e término do processo psicoterápico.

Este capítulo abordará a importância da participação dos pais ou responsáveis, desde o início até o final do processo da psicoterapia. A percepção de que um filho precisa de atendimento psicoterápico pode gerar desconforto e culpa nos pais. Ao fazer contato com um psicoterapeuta, levando seu filho para atendimento, os pais demonstram que muitas etapas anteriores foram vencidas, principalmente a do reconhecimento de que algum tipo de ajuda se faz necessária. Assim, o sentimento de ambivalência está subjacente à chegada dos pais e do paciente, como em qualquer início de tratamento, pois existe a demanda, o desejo de entender e resolver a conflitiva, mas, por outro lado, simultaneamente, há o temor e a resistência de sair do *status quo*.

Algumas peculiaridades também podem intervir na relação pais-responsáveis/psicoterapeuta, como a patologia da criança ou da família, por exemplo. Pais de pacientes autistas ou psicóticos exigirão do psicoterapeuta grande habilidade de manejo, pois precisam se sentir apoiados para levar a psicoterapia adiante, sendo, para tal, auxiliados em suas dúvidas e angústias através de contatos mais seguidos com o terapeuta.

A INSERÇÃO DOS PAIS NO PROCESSO PSICOTERÁPICO: ASPECTOS LEGAIS

A participação dos genitores ou responsável legal no tratamento de menores de idade é tema disposto no artigo 8º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005). Esse artigo regula a obrigatoriedade de o profissional obter autorização, de pelo menos um dos pais ou responsáveis para a realização de atendimento sistemático de criança, adolescente ou interdito. Dessa forma, conforme a legislação vigente, esse contato se faz imprescindível, visando proteger os interesses do menor e do próprio psicoterapeuta. Independentemente de como essa participação será trabalhada tecnicamente, ou de qual forma os pais serão inseridos no percurso da psicoterapia de seus filhos, existe o compromisso legal de contactá-los e, na sua ausência, o profissional comunicará o fato às autoridades competentes, conforme o 1º parágrafo do mesmo artigo.

O fato de o paciente ser dependente de um adulto, geralmente um familiar, faz com que o contrato de tratamento implique o envolvimento de pais, criança e terapeuta, visto que são os primeiros que têm a incumbência de trazer o filho para as sessões, pagar pelos honorários do profissional, ou seja, participar efetivamente da psicoterapia da criança. O papel dos adultos no decorrer do tratamento, portanto, não se dá apenas no nível do mundo fantasmático; fatores de realidade se fazem igualmente presentes. Nesse ponto, cabe questionar: como será a entrada e qual a participação destes na psicoterapia da criança ou adolescente? Que espaço terão para colocar suas preocupações, dúvidas e ansiedades? Como diferenciar suas demandas das trazidas pelo paciente em questão?

ABORDAGEM HISTÓRICA E TÉCNICA DE DIFERENTES AUTORES

Todas essas reflexões se fazem presentes desde os primórdios do tratamento psicanalítico com crianças e jovens. Diferentes entendimentos

e perspectivas teóricas dentro da linha psicanalítica seguem em contínuo aprimoramento e expansão, na forma de inserção dos pais, culminando inclusive em controversos posicionamentos (a abordagem kleiniana é diferente da visão da Escola Francesa, por exemplo), que por sua vez terão influência direta sobre a técnica empregada.

O caso que pode ser considerado o primeiro tratamento psicanalítico realizado com uma criança foi o clássico “Pequeno Hans”, de 1909. Nesta ocasião, Freud (1976) atuou como supervisor do pai do menino, este sim desempenhando o papel de analista do próprio filho. Freud nunca tratou uma criança diretamente, mas esse caso tem um inegável valor histórico, pois permitiu que os impulsos e desejos sexuais infantis fossem vislumbrados diretamente, corroborando seu recém publicado “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de 1905.

Klein, pioneira da psicanálise infantil, tinha uma visão bem própria em relação à participação dos pais reais no tratamento de crianças, visto que, para ela, os pais que tinham relevância eram os “fantasiados”, pertencentes à realidade psíquica do paciente. Entendia que avistar os pais frequentemente dependeria de cada caso em particular, e “confessava” que, muitas vezes, achou melhor limitar esses encontros, a fim de “evitar atritos com a mãe” (Klein, 1981, p. 117). Dessa forma, o conflito era percebido prioritariamente como advindo do mundo interno da criança e de suas imagos parentais internalizadas, sendo pouco enfatizado o caráter relacional e intersubjetivo (Zornig, 2001).

Klein (1981) afirmava que, para uma análise infantil alcançar sucesso, era necessário estabelecer uma relação de confiança com os pais; só assim o analista estaria em condições de obter informações úteis sobre o comportamento da criança fora das sessões. Para a autora, os pais estariam incluídos no campo de análise, pois a criança depende deles, mas eles não estão sendo analisados. Essa relação teria peculiaridades por tocar de perto nas dificuldades e no sentimento de culpa dos pais que, ao recorrer ao tratamento para o filho, estariam admitindo sua responsabilidade sobre a doença da criança. Além disso, compreendia que a mãe nutriria ciúmes da relação confidencial desenvolvida pelo paciente e o analista. Klein acreditava que esse ciúme se derivava da rivalidade da mãe com sua própria imagem materna, como uma mãe interna inflexível que exigiria a restituição dos filhos que lhe haviam roubado.

A análise de crianças era por ela entendida como sendo parecida com a de pacientes adultos, pois utilizava a transferência, desde as primeiras sessões, para acessar os substratos mais profundos do psiquismo infantil,

remetendo às primeiras relações objetais e às suas fantasias inconscientes (Zavaschi et al., 2005).

Klein (1932) se abstinha de interferir na educação das crianças, a menos que observasse erros crassos no tocante ao manejo dos pais. Compreendia que dessa intervenção só poderia “admirar novos entraves à análise, provocando efeitos desfavoráveis na atitude dos pais com seu filho” (p.113). Reiterava que a relação que estabelecia com os pais de seus pequenos pacientes era com o objetivo de “lograr que auxiliem nosso trabalho de forma passiva; devem se abster tanto quanto possível de qualquer interferência, quer fazendo perguntas que incitem a criança a falar da análise em casa, quer alimentando as resistências que ela possa abrigar” (p.114). Quando a criança era dominada por resistências, os pais deveriam auxiliar para que comparecesse às sessões.

Assim, a ambivalência dos pais à análise do filho estaria sempre permeando todo o tratamento. A situação se tornava mais favorável quando a análise chegava ao término ou em etapas mais avançadas, pois o “desaparecimento ou a redução da neurose tem excelente efeito sobre os pais” (Klein, 1981, p. 116). Além disso, sob essa perspectiva, é muitas vezes difícil o reconhecimento da melhora do paciente, pois a terapia seria “preventiva” e, por conseguinte, não percebida pelos genitores. A doença não afetaria a vida cotidiana da criança, tal como a enfermidade neurótica afeta a do adulto, por exemplo.

Anna Freud (1964), por sua vez, valorizava os vínculos com os pais reais, mas destinava a esses o lugar de educadores, imprimindo um caráter pedagógico ao tratamento. Sua abordagem terapêutica recaía predominantemente na análise das defesas egoicas e das competências alcançadas em cada estágio do desenvolvimento, ponderando que a meta do analista seria manter a boa vontade do paciente para trabalhar em conjunto. Para tal, em determinados momentos, o analista poderia sugerir que as crianças brincassem um pouco na sessão, interrompendo o trabalho analítico, a fim de não pressioná-las demais e manter sua ansiedade em um nível que elas pudessem suportar (Sandler, 1990).

Nos comentários realizados no livro *Técnica da psicanálise infantil*, em parceria com Sandler (1990) Anna Freud enfatizou diversas vezes a importância da existência de uma fase preparatória à terapia, para auxiliar e atrair a atenção da criança para o conflito interno, despertando sua hostilidade frente à parte patológica, a fim de consolidar a aliança de tratamento. Acreditava que uma relação afetiva imediata poderia não desenvolver necessariamente uma aliança adequada, mas poderia ser útil ao

trabalho terapêutico. A cooperação da criança com o terapeuta deveria surgir de seu desejo em comunicar suas ansiedades. Caso isso não ocorresse, seria sinal de que a criança estaria relutante em entrar em tratamento, o que não era percebido por Anna Freud como resistência. A relutância poderia existir devido à existência de segredos na família, conflitos de lealdade, ou poderia estar, também, manifestando a ambivalência inconsciente de um dos pais ou de ambos sobre seu tratamento (Sandler, 1990).

Em dissertação de mestrado que teve por objetivo realizar uma revisão crítica sobre o lugar dos pais na história da psicanálise infantil, Atié (1999) examinou a posição de diversos autores, inclusive Anna Freud, no que tange essa questão. Referiu que Anna Freud percebia as dificuldades enfrentados pelo analista ao lidar com a dependência da criança em relação aos pais, mencionando que o início, a continuidade e a conclusão do tratamento só poderiam ocorrer caso fosse possível confiar na compreensão dos genitores. Propôs que a autoridade do terapeuta deveria ser sentida pelo paciente como sobressalente à autoridade dos pais. O terapeuta, portanto, deveria se colocar no lugar do Ego-Ideal da criança no decorrer de sua análise. Os pais, por sua vez, aceitariam ou não essa posição do analista, conformando-se com os pedidos dele e dividindo o trabalho analítico e educacional, ou se opondo e utilizando a criança como objeto de disputa. A fim de evitar a segunda hipótese, Anna Freud buscava investigar se os pais possuíam o que chamara de “compreensão analítica”, ou seja, se conseguiam concordar e entender as diretrizes e ações pedagógicas que seriam propostas pelo psicanalista no decorrer do tratamento da criança (Atié, 1999).

A dependência da criança em relação aos pais, embora limitasse o trabalho do analista, trazia também aspectos positivos, na medida em que possibilitava ao terapeuta orientá-los a implementar modificações no mundo externo da criança. Assim, os contatos com os pais do paciente eram percebidos como extremamente importantes por Anna Freud, pois esses seriam foco de orientação e acompanhamento no decorrer do tratamento da criança. A intervenção ocorria seguindo critérios pedagógicos e não a partir de um trabalho com as fantasias inconscientes dos pais (Atié, 1999).

Anna Freud também entendia que o fato de a criança não estabelecer transferência seria um empecilho à análise infantil, posto que ainda se encontrava sob influência dos pais reais, sem condições, portanto, de atualizar tais relações no contexto da análise na relação com o terapeuta (Zavaschi et al., 2005). Considerava, por conseguinte, as crianças muito frágeis para se submeterem à análise (atendeu crianças a partir da latência), não acreditando que elas pudessem desenvolver a transferência e

associar livremente em função de sua imaturidade psíquica, entendendo que a abordagem psicanalítica deveria vir associada, portanto, a uma ação educativa (Patella, 2004).

Para a Escola Francesa, na qual se destacam as contribuições de Dolto e Manonni – ambas influenciadas pela teoria de Lacan – é sustentada a posição de que a neurose dos pais possui um papel fundamental no sintoma da criança, colocando a dimensão simbólica do sintoma infantil como ocultando questões parentais, ou seja, o sintoma infantil teria a função de esconder a “mentira” do adulto. Traz para o primeiro plano a posição que a criança ocupa nos fantasmas, desejos e discurso dos pais, ficando ela fixada em um determinado lugar em virtude dos desejos e das fantasias deles. Conforme o entendimento dos autores da Escola Francesa, a criança procura se identificar com o que suspeita ser o desejo materno, sujeitando-se a preencher o que falta na mãe, dessa forma evitando a angústia de castração. Assim, pode acabar se alienando no desejo do outro e estabelecendo relações narcísicas e simbióticas.

O sintoma da criança depende não só da articulação imaginária inconsciente estabelecida com os pais, mas da articulação entre o lugar proposto por eles e a construção da neurose infantil. Além disso, é permeada pela produção de fantasias e do desenrolar do processo edípico (Zornig, 2001). A criança tem suas singularidades e não é apenas um reflexo ou espelho dos pais. Nesse sentido, as intervenções clínicas podem tomar duas direções: a questão familiar sendo o sintoma da criança entendido como um deslocamento do acontecido na sexualidade dos pais ou uma intervenção que se interessa pelo desejo do sujeito e constituirá uma prática de subjetivação, promovendo um espaço de escuta para a criança ser ouvida com seus desejos e discurso próprio. O sintoma não fica reduzido às demandas parentais. Ao psicoterapeuta cabe, então, intervir como elemento separador, deslocando a demanda dos pais do sintoma da criança, singularizando suas narrativas (Zornig, 2001).

Há ainda um fator que diferencia a psicoterapia com crianças e jovens que se dá em função de uma “amarração” entre o paciente e as demandas exteriores a ele. O terapeuta não pode perder de vista a entrada de todos esses fatores na transferência, e que, nas entrevistas, os pais e a criança se entrelaçam em um campo transferencial único. O desaparecimento do sintoma na criança provoca efeito sobre os pais e vice-versa (Kupfer, 1994).

A partir dessas considerações, entendemos que as diferentes linhas psicanalíticas construam posições peculiares em relação à participação dos pais na psicoterapia de crianças e adolescentes, elaboradas a partir de

suas próprias experiências e observações. Concordamos que é imprescindível a participação dos genitores ou responsáveis em todo o processo psicoterápico, seja com crianças ou adolescentes. Deixar os pais à parte do tratamento apenas suscitará fantasias e resistências que poderão criar impasses terapêuticos a respeito da terapia. Manter encontros periódicos com os pais auxilia a diminuição das fantasias persecutórias, bem como, ao se aproximar da história familiar, entendendo sua dinâmica, faz com que venham à tona segredos ou aspectos ocultos, que vão se evidenciando na medida em que é construída uma relação de confiança. Estar atento às manifestações resistenciais dos pais ajudará a prevenir abandonos e fortalecerá a relação com o terapeuta.

Ter um olhar para a criança em separado dos pais, também, em nosso entendimento, é imprescindível: a criança tem uma vida mental própria, mesmo que “atravessada” pelas projeções e pela subjetividade dos seus pais. É necessário ouvir as diferentes demandas para retirar a criança de uma determinada função na estrutura familiar, pois demonstra por meio do sintoma a própria subjetividade e deve ser ouvida como sujeito de próprio discurso.

A tarefa do psicoterapeuta será a de auxiliar na discriminação e separação desses aspectos através de contatos, que não configurem um *setting* de tratamento pessoal, mas sim com o intuito de conter ansiedades, estabelecer e desamarrar questões e fantasmas da história de cada família que possam estar impedindo o desenvolvimento sadio do pequeno paciente ou do adolescente.

ASPECTOS TRANSGERACIONAIS

Para compreender a constituição psíquica do sujeito, é básico incluir o aspecto transgeracional e sua articulação entre o intrapsíquico e o intersubjetivo. “É possível pensar na articulação fundamental entre o intersubjetivo, representado pela família e pelo social, e o intrapsíquico na constituição do sujeito” (Kaës, 1998, p. 55).

O ser humano já nasce inserido em uma cultura que o antecede. Na mente dos seus progenitores ou cuidadores, já se fazem inscritos e vibrantes os valores, as histórias transgeracionais, os mitos familiares e os projetos identificatórios (Lisondo, 2004). A transmissão geracional, então, pode ser efetivada de forma positiva, vindo pela palavra, em um elo que faz parte da constituição do sujeito desde o seu início. Há também formas de

transmissão pelo negativo, resultantes do não-dito, não-nomeável, mas que se repetem por gerações, “amarrando” o sujeito a algo que ele não tem acesso. Situações traumáticas não representadas nem nomeadas podem emergir em gerações seguintes como fantasmas. Assim, o não-simbolizado se repete até se fazer “ouvir” de alguma forma.

Vitória, 8 anos, veio a tratamento trazida por sua mãe por apresentar aftas recorrentes na boca e estar com problemas de rendimento escolar. Ao se inteirar da história familiar, a terapeuta soube de diversos episódios que envolviam perdas e lutos em sua família. Rosa, mãe de Vitória, perdeu seu pai na infância; sua mãe casou novamente e teve duas filhas deste relacionamento. Aos 18 anos, Rosa perdeu sua irmã, de 8 anos, vítima de um atropelamento. Em seguida, soube que estava grávida. Seu namorado, pai de Vitória, assumiu a paternidade, mas não conviveu com Vitória, pois constituiu outra família e a vê poucas vezes. Rosa morou um tempo com a menina na casa da mãe, mas acabou “entregando a filha” para a avó criar e foi morar com outro companheiro. Um ano antes da busca de terapia, morre o companheiro da avó, que Vitória chamava de avô.

Logo, a terapeuta observou os vários lutos na família e a falta de espaço para elaborá-los. Esses lutos apareciam nas fantasias trazidas no jogo da menina, como no exemplo a seguir:

Vitória trazia conteúdos de que o pátio de sua casa estava contaminado com um vírus e tinha de ser desinfectado, com o perigo de que “todos os animais da casa morressem”. Em sua caixa individual, reservou um espaço onde colocou objetos confeccionados por ela com massinha de modelar: em miniatura, na cor preta, faziam parte da casinha e tinham que ficar na caixa, guardados, em um “cantinho”.

A terapeuta entendeu que Vitória tinha um “cantinho”, onde jaziam “objetos mortos”, os quais tinha de carregar em seu mundo interno. Esse conteúdo ficou contido na mente do terapeuta à espera do momento propício para ser devolvido para a menina, pois interpretá-lo naquele momento seria saturar a mente da criança.

Esse entendimento possibilitou que a terapeuta trabalhasse com sua mãe nas sessões reservadas a ela. A terapeuta, ao atender a mãe, abriu um espaço para que repensasse seus lutos e suas culpas, buscando novas formas de lidar com a menina auxiliando a entender o “porquê” de sua dificuldade em assumir sua filha e estabelecendo a possibilidade de falar sobre suas perdas trazendo para a consciência os lutos que permeavam

luto de morte + família

a vida dessa família e que Vitória veio “tamponar”. Através das aftas, Vitória mostrava em seu corpo o choro não-chorado da família, as dores e a raiva que ficavam expressados no sintoma da paciente.

Sua mãe não se sentia autorizada a assumir o papel de mãe; sentiu-se obrigada a “entregar” a filha para a avó no lugar da irmã que havia falecido tragicamente. Vitória, por sua vez, se sentia com um “cemitério” (o “cantinho” reservado em sua caixa) em seu mundo interno, sem espaço psíquico para “ser”. O tratamento tinha como foco fazer com que Vitória pudesse expressar seus sentimentos sem ter que somatizar, como fazia através das aftas. Esse luto, ao ser endereçado para tratamento, através do sintoma de Vitória, permite a expressão e ressignificação do “não-dito”, “não-chorado” e não-elaborado pela família.

Além disso, a falha na triangulação que se repete desde as gerações anteriores (a figura masculina ausente ou distante) também é um aspecto transgeracional, como se houvesse uma ausência de figura masculina na mente das mulheres da família, que acabam por “descartar” os homens após engravidarem.

A substituição do pai pela mãe na situação triangular edípica é disfuncional e leva à patologia, pois há tendência a anular pelo terceiro vértice do triângulo. Para isso, pode haver a insuficiência do papel paterno ou ausente ou não referido no psiquismo materno. Nessas condições, a entrada de um terceiro (no caso o psicoterapeuta) formaria a outra ponta do triângulo, oportunizado a diferenciação e dessimbiotização. Se essa é impossibilitada, ninguém entra e há certo triunfo (Mazzarella, 2006). Nesse caso, mãe e filha formariam uma “dupla fechada” que prescinde da entrada do terceiro, seja pai ou psicoterapeuta, obstaculizando a integração dos papéis paterno e materno no psiquismo da criança.

Outro objetivo da terapeuta, a partir dessas constatações, seria o de chamar o pai para participar do processo de tratamento da filha, com entrevistas periódicas. Dessa maneira, a terapeuta se coloca como outro modelo, trazendo à tona a possibilidade de desamarar os fantasmas transgeracionais dessa família.

Os objetos transgeracionais exercem uma demanda de desinvestimento da vida comum, como se houvesse uma “fidelidade” aos mortos. A estruturação familiar fica comprometida com a família transgeracional, que exige sacrifício. É como se houvesse uma dívida com os antepassados. O fantasma apareceria na criança pelas lacunas percebidas daquilo que não é dito pelos pais (Pereira, 2005).

No exemplo acima, o trauma vivido como “impensável” pela mãe e avó faz com que a geração seguinte desenvolva sintomas, como, por exemplo, as aftas que condensam o “não-dito” e “não-pensado” pela família.

O “fantasma” designa algo que está no psiquismo como herança de um trauma, de um luto patológico, que não pode ser elaborado na cadeia geracional. A vivência do trauma, com todas as suas vicissitudes, ficará encriptada, pairando como uma alma penada. A escuta do terapeuta, voltada ao que não é dito, “favorecerá a elaboração e a metabolização desses conteúdos cindidos, desenvolvendo a possibilidade de pensar e de desenvolver vida psíquica própria para essas gerações encarceradas” (Pereira, 2005, p. 109).

MANEJO TÉCNICO E POSTURA TERAPÊUTICA

A multiplicidade transferencial (Iancarelli Filho, 1996) é característica do tratamento com crianças e adolescentes, colocando o terapeuta em uma posição de contínua atenção. Além das transferências bipessoais com o paciente, há entrecruzamento de transferências oriundas tanto da mãe quanto do pai, o que torna mais complexo o campo transferencial. Ouvir as queixas e preocupações dos pais não apenas se presta para que se tente entender o que se passa na família e na criança em questão, mas também abre a possibilidade de identificar qual a demanda da criança e qual a demanda de seus pais, quais são as fantasias e expectativas, o que esperam da psicoterapia e se possuem condições para efetivá-la.

Outras questões merecem atenção: qual é a posição que o filho ocupa no equilíbrio psíquico dos pais, da sua família como um todo? Possuem estes capacidade para suportar e manter o processo psicoterápico do filho? (Reinoso, 2002). Deve-se lembrar que as modificações efetuadas pelo tratamento na criança trazem reflexos na subjetividade dos pais, na dinâmica familiar e na determinação de lugares já instituídos. Tais mudanças podem comprometer a homeostase familiar ou a estrutura do casal, refletindo-se nos cruzamentos das transferências que ocorrem no campo. Isso não poderá ser desconsiderado pelo terapeuta, pois poderá provocar atuações e contra-atuações (Rosemberg, 2002).

O trabalho com os pais ao longo do tratamento pode seguir de várias formas, inclusive com sessões que reúnam a família inteira, conforme a especificidade de cada caso. Isso exige do terapeuta uma postura mais flexível, fazendo-se valer de soluções abertas e criativas, já que modalidades variáveis de inclusão de pais e demais familiares podem se mostrar bené-

*transf. cruzadas = D
cruzadas = D
cruzadas = D
cruzadas = D
cruzadas = D*

ficas em muitos casos. A presença dos pais oferece uma ótima oportunidade de observar como cada família interage, quais são os mecanismos defensivos predominantes, se existem aspectos dissociados e identificados projetivamente de uns membros nos outros, quais os papéis existentes e se há mobilidade entre eles. O psicoterapeuta, dessa forma, poderá reconhecer tais situações, a fim de, ao longo do tratamento, manejá-las e trabalhá-las com o paciente e os familiares envolvidos (Zimerman, 2004).

Há alguns anos, rapidamente se encaminhava os pais para sua própria psicoterapia ou tratamento de casal. Hoje, essa visão mudou. Não ter pressa em remeter os pais para um processo psicoterápico individual próprio (caso seja indicado) é uma cautela necessária, “pois fazer uma apressada transposição entre o encontro com os pais de carne e osso e a sintomatologia da criança é estabelecer uma visão simplista do caso” (Mazzarella, 2006, p. 25).

O terapeuta deve sempre considerar e trabalhar em dois níveis: o primeiro seria o trabalho psicoterápico com a criança ou adolescente propriamente dito, pois mesmo que questões da neurose parental e/ou das tramas transgeracionais estejam presentes, o paciente tem um mundo interno próprio, passível de inúmeros conflitos e de intenso sofrimento (Castro e Cimenti, 2000). Isso significa um trabalho na posição subjetiva do paciente frente ao desejo de seus pais, de quem deverá se separar (Siquier e Salzberg, 2002).

O segundo plano seria dar lugar para a participação dos pais, considerando o papel que a criança ocupa naquela família e todo o contexto envolvido, através de um suporte terapêutico, estando disponível para que os pais tragam suas ansiedades e que possa respaldá-los na delicada tarefa de manter um filho em tratamento (Castro e Cimenti, 2000). É parte da competência terapêutica auxiliá-los a compreender suas fantasias a respeito da criança e das mudanças que o tratamento poderá ocasionar, para que as suportem e as aceitem (Siquier e Salzberg, 2002).

É impossível excluir os pais da psicoterapia, assim como reconhecer que seu discurso funciona como uma matriz simbólica fundamental para a constituição psíquica da criança. O inconsciente infantil não é um simples reflexo do inconsciente parental (Zornig, 2001). Uma psicoterapia, de acordo com as singularidades de cada caso, incluirá um trabalho realizado com a criança, com o seu psiquismo, que é único, pessoal e distinto dos demais, acrescido de uma escuta que reconheça a importância fundamental que seus pais têm na estruturação psíquica, nos cuidados e na educação da criança.

Adriana, 4 anos, veio a tratamento por apresentar dependência excessiva da mãe, não conseguir se adaptar à escola maternal, ter “manias” e não brincar com crianças de sua idade. Além disso, interagiu pouco com o pai. Nas primeiras sessões, a mãe entrou na sala com a paciente; nas demais sessões, Adriana era inconstante: às vezes entrava bem, em outras chorava e não queria se separar da mãe. Quando entrava sozinha, os conteúdos da sessão eram de grande agressividade; em outros momentos, temia que algo muito grave acontecesse com a mãe, se ficassem afastadas. Mostrava que sua atitude simbiótica era decorrente também de sua agressividade, que a fazia não se desgrudar dela e dos temores de que as fantasias agressivas se tornassem realidade, caso se separassem.

A figura paterna era ausente. O pai comparecia às sessões para o casal, mas referia reiteradamente que Adriana não “gostava” dele e que preferia a mãe a ele. Assim, se eximia do relacionamento com a filha, mantendo-se afastado afetivamente dos temas relativos a ela.

No primeiro ano de tratamento, foram trabalhadas as fantasias agressivas de Adriana, seus temores em relação a crescer e se independizar da mãe.

No ano seguinte, ao iniciar o período letivo, Adriana não demonstrou as dificuldades anteriores, ingressando na escola sem problemas, aceitando a separação da mãe. O desaparecimento do sintoma fez com que os pais decidissem encerrar o tratamento. Em um plano consciente, estavam considerando que a remissão dos sintomas era suficiente. A terapeuta entendeu junto a eles que interromper o processo seria precoce, mesmo que o sintoma tivesse sido esbatido. Os esforços da terapeuta foram em vão, não conseguindo dissuadir os pais de sua decisão. Foram combinadas, então, algumas sessões para finalizar o tratamento, sendo esclarecido aos pais que se tratava de uma interrupção, decidida apenas por eles. Nas sessões de despedida, Adriana fez um desenho dizendo que “havia três gramas a serem regadas, e o jardineiro só havia regado uma; as outras duas não haviam crescido”. Adriana se referia aos seus pais, que se sentiam “deixados de lado”, “não regados” pelo jardineiro/terapeuta. Em sua última sessão, Adriana trouxe o conteúdo de um filme no qual a personagem havia caído dentro de um poço e não conseguia ser salva.

No dia seguinte, a mãe liga querendo retomar o tratamento e concordando que o processo não estava finalizado, pois Adriana havia comentado com ela sobre o filme. A mãe refere que lembrou das conversas com a terapeuta e entendia que Adriana estava dando um recado para eles.

Foi combinada, então, nova sessão com os pais que, a partir daí, foram “regados” mais de perto; realizou-se um novo contrato em que a terapeuta tinha encontros periódicos com cada genitor em separado e também com a dupla.

O pai começou a participar mais ativamente do tratamento, trazendo a filha para as sessões. Nas sessões individuais com os pais, foram enfocados aspectos pessoais de cada um deles que interferiam em seu relacionamento com Adriana, como, por exemplo, os sentimentos da mãe quando a terapeuta funcionava como “terceiro”, que a separava da filha. Nas sessões com o pai, o foco era entender sua dificuldade em assumir seu papel paterno, e o que em sua história impedia que isso acontecesse. Essas sessões não configuravam um tratamento pessoal, mas sim um acompanhamento, para auxiliar no desenvolvimento da psicoterapia de Adriana. Esse tratamento foi levado a termo e só finalizado quando terapeuta, pais e paciente acordaram sobre o momento apropriado.

O término do tratamento, portanto, só pode ser compreendido através de uma decisão conjunta das partes envolvidas: paciente/terapeuta e pais: a criança tem o direito de manifestar se deseja e está apta para o término; o terapeuta, de acordo com seus critérios teórico/clínicos, observar se o paciente apresenta sinais de integração psíquica e crescimento emocional; e, finalmente, os pais avaliarem quando se sentem satisfeitos com o tratamento realizado.

Como já salientado, a busca de tratamento para um filho expõe seus pais a uma delicada situação de vulnerabilidade narcísica. É nossa tarefa, também, auxiliá-los a tolerar as dores e culpas causadas por essa ferida. A realização de entrevistas periódicas com os pais pode auxiliá-los a perceber seu grau de tolerância com o sofrimento do filho e com o seu próprio e o ritmo que cada família suporta frente às mudanças da criança (Siquier e Salzberg, 2002).

É importante que o terapeuta considere a longa trajetória que ocorreu antes que os pais ou responsáveis chegassem ao seu consultório, sendo esse, muitas vezes, a última opção, o último recurso buscado para aliviar o sofrimento da criança/adolescente ou mesmo de seus pais. O primeiro encontro com o terapeuta é sempre permeado por angústia e culpa para os pais, variando na intensidade. Por mais que a decisão de procurar uma psicoterapia tenha sido pensada e amadurecida, as situações e os fatos que envolvem e mobilizam maior ansiedade geralmente serão evitados nas primeiras entrevistas, pois geram desconforto e são muito dolorosos para serem mencionados logo no início.

Os pais devem ser ouvidos com toda atenção e acolhimento necessários para que se sintam à vontade para contar sobre os motivos da busca de atendimento para o filho. O terapeuta deve ter a sensibilidade de não conduzir as entrevistas como interrogatórios, pois, dessa forma, poderá contribuir para as resistências e ansiedades, parecendo mais um investigador formulando um inquérito acerca das condutas da família. Atitudes e posturas compreensivas e empáticas por parte do terapeuta auxiliam no estabelecimento de uma confiança inicial, que possibilita maior conforto aos pais/responsáveis para que falem de temas delicados, mas fundamentais para a compreensão da situação atual. Muitas vezes, o paciente para o qual se busca atendimento é apenas o depositário de uma patologia mais séria que engloba a família.

A doença da família emerge graças ao sintoma de seu expoente mais indefeso e, simultaneamente, mais sadio. Conduzindo a entrevista familiar da forma como se conduz uma entrevista de grupo, o terapeuta poderá perceber o conjunto das comunicações como o produto de uma mente grupal, avaliando a dinâmica da família em questão. Nesse sentido, é comum que a família, por vezes, tente projetar em um membro apenas toda sua patologia (Ferro, 1995).

Negligenciar ou não abordar as possíveis dificuldades dos pais relacionadas com a busca de tratamento para um filho pode levar a um incremento das resistências, ocasionando, muitas vezes, interrupções precoces e abandonos repentinos. Em alguns casos, o término pode se dar ainda na fase da avaliação, não oportunizando ao terapeuta sequer a possibilidade de abordar as angústias subjacentes, por serem demasiadamente intensas.

Com o decorrer do tratamento, uma maior flexibilidade da organização defensiva e uma conseqüente elaboração de conflitos do paciente tende a ocorrer. Isso pode acarretar em um reposicionamento de angústias advindas da família, que antes estavam concentradas no paciente e depois retornam ao grupo familiar. Tal movimento pode promover mudanças e desacomodações. Se as modificações do filho forem sentidas como demasiado ameaçadoras para os pais e para a configuração familiar vigente, e tal aspecto não for trabalhado, o progresso dificilmente se dará, seja pela interrupção do tratamento ou por uma estagnação deste.

Os pais de Marina, 12 anos, vieram em busca de tratamento para a filha. A queixa principal era a sua dificuldade de dormir sozinha em seu quarto, além de apresentar terror noturno. Marina sofria muito com seus sintomas.

Nas entrevistas iniciais com os pais, informaram que a menina sempre dividira a cama com a mãe, já que o pai viajava muito e, quando estava em casa, costumava trabalhar no turno da noite. Com a aposentadoria do pai e a volta dele para casa, as dificuldades de separação da dupla mãe-filha ficaram mais evidentes.

Após algumas sessões de avaliação com Marina e seus pais, a terapeuta indicou que a menina permanecesse em psicoterapia, assim como salientou que entrevistas sistemáticas com os pais também seriam necessárias. Nas primeiras sessões com os pais após o contrato terapêutico, a terapeuta começou a questionar sobre a presença da menina no quarto deles e como seria para o casal caso ela viesse a dormir sozinha. Nessa mesma sessão, a mãe apontou as dificuldades financeiras da família e optou por interromper o tratamento, tendo o apoio do pai. Ambos se recusaram a realizar a sessão de despedida, ignorando que a paciente já estava vinculada.

Esse caso clínico evidencia o quanto os sintomas da menina encobriam questões parentais e protegiam os pais de se “encontrar”. Após muitos anos de distanciamento, estavam se vendo “juntos” na mesma cama. Ao perceberem que a psicoterapia da filha poderia trazer à tona a conflitiva do casal, sentiram-se tão mobilizados e assustados que, imediatamente, interromperam o tratamento de Marina. Talvez a abordagem da terapeuta tenha sido muito direta e esse casal necessitasse de maior tempo, acolhimento e paciência, para que se desenvolvesse uma aliança terapêutica que sustentasse suas ansiedades e os fizesse compreender o processo de mudanças que a remissão dos sintomas da filha traria à dinâmica familiar.

Observamos, nesse exemplo, a intrincação dos sintomas de Marina, uma púbere, às voltas com a eclosão das pressões pulsionais e a configuração de seus pais com problemas de sexualidade, necessitando tê-la na cama do casal. O sofrimento da filha, seu desejo de crescer e se individuar ficaram eclipsados pela problemática parental. As questões financeiras e de pagamento se prestam para resistências que podem impedir a continuidade da psicoterapia. No caso acima, a impossibilidade de discutir quais as dificuldades financeiras ou de fazer algum tipo de re-contrato era resistencial e se mostrou potente para impedir que a problemática de Marina e de sua família fosse tocada.

A questão dos honorários é complexa e pode ser campo para atuações. Alguns pais dizem se sentirem “humilhados” se é proposta uma

adequação dos valores aos seus recursos ou se, na impossibilidade disso, encaminhamos o filho para instituições de confiança que realizam bons tratamentos psicoterápicos. As ambivalências frente ao sofrimento do filho, somadas às possibilidades de mudanças percebidas servem de base para usar o pagamento como resistência. Em outros casos, surgem queixas da frieza e inacessibilidade do terapeuta frente às questões de ordem prática e financeira: quando são apontados recursos reais da família, sentem que lhes é pedido “demais”. Embora as limitações financeiras estejam presentes, inclusive como um sintoma, a impossibilidade de manter o tratamento de um filho pode estar relacionada com a manutenção de um sistema familiar que aponta para repetição de histórias parentais e transgeracionais (Mazzarella, 2006).

Auxiliar os pais a superar dificuldades, empatizando com a dor e culpa que o tratamento da criança pode lhes causar, costuma ser uma forma de reforçar a aliança de trabalho com eles e assim evitar entraves posteriores e boicotes ao prosseguimento da psicoterapia. Se o trabalho com os pais no contexto de avaliar de onde provêm e o porquê do surgimento de resistências é desconsiderado, a continuidade do tratamento poderá ficar ameaçada, surgindo manifestações como atrasos, faltas e problemas relacionados com o pagamento. Todavia, no tratamento de crianças e adolescentes, o manejo de tais aspectos se torna mais complexo, visto que, geralmente, são os pais ou responsáveis os produtores dessas atuações, e é sobre esses que as intervenções do psicoterapeuta devem recair (Rosemberg, 2002).

Entretanto, ainda que o terapeuta perceba a necessidade de trabalhar algumas questões para poder dar continuidade ao tratamento, é preciso que saiba respeitar a decisão dos pais, demonstrando a importância do tratamento, mas também compreendendo que talvez eles ainda não estejam prontos para abordar temas delicados que causariam desorganização no grupo familiar.

OS ADOLESCENTES E SEUS PAIS

No caso de adolescentes, existem variações na técnica, pois dependendo da idade e maturidade do jovem, poderá comparecer sozinho à sessão ou, muitas vezes, marcar a primeira consulta por livre e espontânea vontade. Nestas situações, o terapeuta acolherá o paciente, mas em algum momento deverá entrar em contato com os pais para firmar contrato e

estabelecer a relação inicial com os mesmos. Dependerá da vontade do adolescente comparecer junto aos pais nessas sessões.

A partir da década de 1990, observou-se uma modificação na demanda para psicoterapia por parte do adolescente, que tem procurado ajuda por sua vontade própria. As queixas até meados da década de 1980 giravam em torno de adaptações escolares, depressão por indefinição profissional, problemas de relacionamento familiar e conflitos de autoridade em relação à família. A partir da década de 1990, cederam lugar a atuações, problemas com imagem corporal, sexualidade banalizada, ansiedades em relação ao futuro profissional, conflitos familiares e em relação à separação dos pais. Essas queixas se referem mais a aspectos internos, contrastando com as queixas de décadas anteriores, o que fazia com que o núcleo familiar e escolar indicasse tratamento (Ribeiro Pinto, 2002).

Esta mudança se deve a vários fatores, como a maior democratização da psicoterapia, antes voltada para uma reduzida elite que podia pagar honorários muito caros. Atualmente, existe uma maior acessibilidade ao tratamento psicoterápico com várias instituições dedicadas à formação de psicoterapeutas, que oferecem bons serviços de atendimento aberto à comunidade. Além disso, “a mídia, através de entrevistas, programas sobre saúde em rádio e TV, popularizou a psicoterapia e informa sobre como e onde buscar esse tipo de auxílio” (Castro, 2000).

Todas essas mudanças estimulam os adolescentes de hoje a buscarem ajuda espontaneamente. Cabe ao psicoterapeuta acolher esse paciente em um primeiro momento, sem esquecer que, sendo ele menor de idade e dependente, os pais deverão ser comunicados e contatados para formalização do contrato e estabelecimento do *setting* (Ribeiro Pinto, 2002).

Em função do sigilo e a fim de construir uma relação de confiança, é importante que o paciente saiba desses encontros e seja convidado a participar, ficando para ele a decisão de comparecer junto aos pais ou não. Existem casos em que o adolescente prefere não comparecer nas sessões destinadas aos pais, o que será respeitado. Caso contrário, podemos incorrer no risco de fomentar fantasias de “conluio” entre pais e terapeuta, que podem contaminar a confiança que o adolescente depositou no tratamento e em seu terapeuta.

O pai de Pedro, 17 anos, ligou para marcar consulta. Explicou que estava preocupado com o filho, que o percebia angustiado com algumas

situações. A terapeuta disse ao pai que marcaria uma consulta primeiramente com Pedro a fim de ouvi-lo e, depois, quando fosse necessário, marcaria uma sessão com os pais. Em suas consultas, Pedro mostrou estar passando por uma “crise”, em função do término do ensino médio e estar se preparando para as provas de vestibular. Encontrava-se confuso e angustiado, tendo que escolher sua profissão, mas ainda querendo “aproveitar” sua adolescência, não se sentindo em condições de assumir responsabilidades que a nova etapa exigiria. Além disso, seus pais eram divorciados e havia dificuldades de relacionamento, principalmente com a mãe.

A terapeuta acolheu a queixa de Pedro, combinando um período de avaliação. Contratou com Pedro que realizaria entrevistas com ambos os pais em separado e ele ficaria livre para comparecer às sessões com os genitores. Pedro concordou que a terapeuta avistasse os pais e preferiu não participar desses encontros. Nas sessões com os pais, esses foram ouvidos a respeito de seu relacionamento com Pedro, foram levantados dados da história familiar e realizadas combinações para o contrato de avaliação. Após, foi indicada a necessidade de psicoterapia em vista do momento de crise que o jovem estava enfrentando, além de uma crise situacional, evidenciando uma necessidade de fortalecer aspectos internos de Pedro para seguir em frente. Foram realizadas, então, sessões conjuntas com Pedro e cada um dos pais, a fim de contratar a psicoterapia propriamente dita.

Nesse caso, observadas as diferenças entre o tratamento de crianças e adolescentes, foram acolhidas as necessidades tanto do paciente quanto dos pais. Embora o pai tivesse entrado em contato para marcação da consulta, a terapeuta privilegiou a primeira consulta com Pedro. Dessa maneira, evitou sentimentos persecutórios que poderiam ser suscitados se tivesse conversado com os pais em primeiro lugar. Esses foram ouvidos no seu tempo, participando também do processo, mas de uma outra maneira. Observar o tratamento do filho adolescente à distância é uma forma de respeitar o crescimento dele, aceitando e viabilizando sua progressiva separação. Para que isso aconteça, os pais precisam confiar no terapeuta, estabelecendo uma aliança terapêutica que possibilite que o caso seja bem encaminhado e evolua com tranquilidade.

A ESCUTA DE PAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO, SINDRÔMICOS E PSICÓTICOS

Em casos mais graves, como, por exemplo, na psicoterapia com crianças psicóticas, autistas ou sindrômicas, os contatos com os pais se tornam indispensáveis. Tendem também a ser mais frequentes, devido ao grau de continência e apoio de que necessitam para se sentirem acolhidos e possam manter o filho em tratamento, geralmente muito longo.

Sobre um filho sempre recaem as demandas narcísicas de seus pais, visto que, ao se transformarem em pai e mãe, incrementam sua sensação de potência. O filho devolve esse investimento e se estabelece um sistema de trocas afetivas. O que ocorre com os pais quando percebem que seu filho não reage aos seus estímulos, carinho, não reage ao seu olhar? Como ficam os pais nas situações onde há dificuldades de trocas afetivas?

Geralmente, peregrinam por médicos, psiquiatras, psicólogos até terem a confirmação diagnóstica. Isso é um golpe esmagador, já que esse filho real é uma distorção quase completa do filho sonhado ou imaginado. A tristeza que advém de diagnósticos severos, como o de transtornos invasivos do desenvolvimento ou de outros quadros psicóticos, pode interferir ainda mais nas trocas interativas e nos vínculos com a criança, devido a sentimentos de pesar, frustração, desalento e culpa. Há um pesado trabalho de luto a ser elaborado pela perda do filho perfeito idealizado. Além disso, surgem outras questões de ordem externa: Como e onde buscar tratamento? Terão condições econômicas de manter os tratamentos indicados?

João, 10 anos, chegou a tratamento encaminhado pela escola, que estava detectando dificuldades de relacionamento do menino devido a uma importante síndrome que esse apresentava e prejudicava sua fala e crescimento físico. Ele era fechado, não conseguia se relacionar bem com os colegas de classe, estando sempre só.

Nas primeiras entrevistas com os pais, esses estavam muito preocupados em explicar sobre a síndrome de João, mostrando tudo que sabiam sobre a doença para a terapeuta e fazendo questão de comentar que, mesmo sendo portador de tal síndrome, era uma criança adorável e normal, pela qual a terapeuta se apaixonaria. A primeira entrevista foi toda a respeito da doença de João, sendo necessário aos pais deixar claro que teriam feito todo o possível para buscar os melhores tratamentos para o

filho. Afirmavam para a terapeuta serem bons pais e estavam fazendo o possível para reparar o fato de terem um filho com uma síndrome.

A terapeuta foi acolhendo esses pais, que também precisavam de um espaço no qual pudessem falar sobre suas angústias, culpas e cansaços. Percebia também o quão oneroso era emocionalmente e, por vezes, financeiramente sustentar uma criança que precisava de uma atenção especial e uma série de tratamentos médicos concomitantes. A terapeuta percebeu que o simples pensamento de que estavam exaustos gerava culpa e os fazia reagir de maneira reativa às suas intervenções.

A terapeuta então, teve que, com muita calma e paciência, mostrar que entendia também seu sentimento e imaginava o quanto era difícil criar e sustentar uma situação tão complexa, sendo que era justo e natural que ficassem cansados em determinados momentos. Com essa atitude empática, os pais foram se sentindo cada vez mais acolhidos e respeitados em seus sentimentos. Confiaram na terapeuta. Contam com ela em diversos outros momentos, como suporte emocional, e a tem como aliada para prosseguimento da psicoterapia.

Adriano, 2 anos e 11 meses, foi encaminhado para avaliação psicológica pela escola maternal, por apresentar condutas “esquisitas, falar pouco e ser muito destrutivo”.

Seus pais, pessoas de bom nível cultural, consideravam o filho muito inteligente e culpavam a escola de não saber lidar e de ser insensível com seu filho. Chegaram a ameaçar a escola de que fariam denúncia de maus-tratos ao menino. Ao mesmo tempo em que negavam as evidentes dificuldades da criança apontadas pela escola, relatavam suas preocupações com o filho por apresentar instabilidade, agitação e fraca capacidade de atenção. Adriano não atendia ordens ou limites, não tinha noção de perigo e apresentava linguagem pouco desenvolvida. Fazia uso de medicação psiquiátrica, recomendada pelo pediatra, da qual não sabiam sequer a indicação ou nome.

Foi difícil a realização da avaliação, pois os pais nunca encontravam horários. O pai se mostrou mais disponível e trouxe o menino na maioria das sessões, tendo uma postura mais cuidadosa com ele. A mãe era evasiva e introspectiva, pouco participava e não considerava importantes os sintomas do filho, desqualificando as pontuações do pai e considerando problemas de manejo da babá e da escola. Usava de total negação dos sintomas e se dizia sobrecarregada com as “manhas e manias” do menino. Realizada avaliação, foi observado que as áreas mais preju-

dicadas eram as ligadas à capacidade de vinculação. Havia dificuldade de olhar, de atenção e dispersividade. Sua linguagem era muito pobre, com ecolalias e conduta desorganizada, impulsiva e sem “filtro mentalizado”. Apresentava rendimento abaixo de sua idade cronológica, estando em um nível de funcionamento ao redor de 21 meses, possivelmente decorrente de suas funções egoicas desorganizadas, além das interferências maturativas e afetivo-emocionais. Constatou-se a presença de um transtorno invasivo do desenvolvimento, de características psicóticas, com hipótese diagnóstica de quadros F 84.9 e F 70 (CID-10). Realizadas entrevistas com os pais, foram indicados: avaliação psiquiátrica, para rever uso da medicação, e atendimento psicoterápico para a criança, aliado ao acompanhamento para seus pais. Foi salientado que o prognóstico seria favorável se realizados os atendimentos sugeridos, o mais breve possível.

Os pais ficaram muito abalados e tristes, mas ainda negavam as reais dificuldades de Adriano e, naquela ocasião, não aceitaram a indicação terapêutica. Meses depois, telefonaram dizendo que o filho estava melhor e que haviam buscado tratamento com outro profissional.

O impacto de ter um filho diagnosticado com perturbações severas é muito doloroso e coloca a família em um turbilhão de emoções: surpresa, decepção, pesar, raiva e depressão. Em muitos casos, é necessário um tempo para assimilar e elaborar internamente o choque de diagnósticos graves. O psicoterapeuta tem que ser sensível com a dor dos pais e tolerar suas dúvidas e questionamentos.

Por algumas décadas, houve uma falta de sensibilidade com pais tão sofridos, como, por exemplo, os preconceitos que se criaram com as mães de crianças autistas. Foram elas “acusadas” de serem mães *freezer* e geradoras da patologia do filho. Desde Kanner (1943), pais intelectualizados e mães “geladeiras” foram, por muitos anos, relacionados às causas do autismo psicogênico. Essa posição marcou em uma determinada época os profissionais da área da saúde e educação que manifestavam certa atitude crítica em relação às crianças portadoras de síndromes psicóticas e autísticas.

Observações de vínculos entre mãe e bebê autista, sugerem que há uma dificuldade no bebê de olhar a mãe ou de retribuir seu olhar. Isso pode gerar uma decepção na mãe que, de forma não-consciente, diminui os investimentos e estimulações ao seu bebê, aumentando as dificuldades na interação e comunicação da dupla. A amamentação, momento de relação intensa de afeição e carinho, passa a valer apenas para a satisfação

da necessidade de nutrição da criança. As mães sofrem com a irresponsividade do filho, ainda mais quando não são auxiliadas por seus companheiros, pedindo que lhe ofereçam apoio na maternagem.

Crianças autistas impõem seus padrões particulares através do uso de formas e de objetos, que as alienam do contato com o outro, desviando-as do “estranho e assustador não-Eu” (Tustin, 1990, p.107). Como que recolhendo suas “antenas psicológicas”, se refugiam em um mundo enigmático e particular, com uma falta de empatia com o contato humano. Seus modos idiossincráticos de ser as tornam crianças extremamente difíceis de lidar, mesmo quando seus pais “funcionam” de maneira adequada. É muito importante que isso esteja presente na mente dos psicoterapeutas para que não continuem perpetuando um erro ao culpabilizar os pais pela doença do filho. Observamos que nos relatos dos pais surgem acontecimentos ligados a perdas, que repercutem na vida familiar e nas relações com o filho, além da referência frequente a depressões na mãe após o nascimento.

A criança autista, por exemplo, exige muitos cuidados da mãe. Os rituais, as crises de birra, a ausência de noção de perigo, as reações exageradas aos estímulos sensoriais, como som e luz, e o isolamento social levam as mães a abandonarem suas atividades pessoais, passando a viver no cotidiano dos filhos. Uma pesquisa realizada com 14 mães de crianças autistas apontou que elas viviam num grande estresse, sem que o ambiente se preocupasse com sua situação, pois toda atenção estava sendo dirigida às crianças. A grande maioria havia deixado suas profissões para se dedicar ao filho autista, fechando-se para outras vivências sociais (Monteiro, 2008).

Atualmente, se sabe que não há estruturas de pais de psicóticos, mas podem ser encontradas algumas particularidades na organização fantasmática inconsciente do pai e da mãe ligados a fortes componentes pré-edípicos que preponderam nas relações do casal com a realidade. Tanto o pai quanto a mãe possuem uma história pré-edípica composta de mitos familiares e com fantasmas transgeracionais que influenciará na organização psíquica desse novo indivíduo. (Rocha, 1997).

Tustin (1990) aponta que aprendeu com os pacientes psicóticos sobre a importância da autoridade paterna e sobre o desastre que resulta se a autoridade do pai, que regula a impulsividade, não é reconhecida, já que é o investimento pulsional do pai em relação ao filho a garantia de sua inclusão na cultura humana, no mundo da linguagem e na cadeia transgeracional.

Essas considerações se tornam importantes para que o psicoterapeuta mantenha um papel de tolerância, empatia e compreensão com os sofrimentos dos pais, para que tenha uma escuta continente e possibilite pro-

cessos de discriminação em algumas circunstâncias bastante caóticas nessas famílias. Dentro das possibilidades de cada caso, quando o processo psicoterápico da criança estiver consolidado e houver oportunidades, é salutar que pai e mãe sejam encaminhados para uma psicoterapia pessoal, ou terapia familiar, a par de manterem os encontros com o terapeuta do filho sempre que necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, reiteramos que a presença de pais na psicoterapia de crianças e adolescentes é crucial. Os genitores são responsáveis pela manutenção formal do processo, arcando com as responsabilidades advindas do pagamento, transporte e horários das sessões. Entretanto, além de tais aspectos formais, estabelecem vínculos com o terapeuta de seu filho, pois estão emocionalmente envolvidos com o trabalho realizado e implicados nas mudanças e desestabilizações geradas a partir do processo psicoterápico. Dependendo das características da família e da natureza da dificuldade emocional da criança ou adolescente, os pais necessitarão maior ou menor continência por parte do terapeuta. Este, por sua vez, deve sempre considerar que não há como tratar de um filho sem estabelecer uma relação sólida e de confiança com a família.

Neste capítulo, procuramos articular nossa prática psicoterápica com as lições recebidas dos pioneiros da psicanálise, gigantes sobre os ombros de quem, hoje, podemos avistar muito mais longe e que nos facilitaram pensar e sermos criativos em nossa prática clínica.

REFERÊNCIAS

- ATIE, F. *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. 1999. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:KCxULrXhu6QJ:www.sbprj.org.br/frida.pdf+anna+freud++papel+dos+pais+na+psicoterapia>>. Acesso em: 20 jan. 2008.
- BLEICHMAR, S. Do discurso parental à especificidade sintomática na psicanálise de crianças. In: ROSEMBERG, A. M. (Org.). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 133-165.
- CASTRO, M. G. O olhar clínico sobre a adolescência. CONGRESSO LATINO AMERICANO DE PSICANÁLISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 4., Gramado, 2000.

- CASTRO, M. G.; CIMENTI, M. E. Psicoterapia infantil: pensar relações e criar significados. *Revista do IEPP*, n. 2, p. 37-55, 2000.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Código de ética profissional do psicólogo*. Brasília, DF, 2005. Resolução CFP n. 010/05.
- FERRO, A. *A técnica na psicanálise infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- FREUD, A. *The psychoanalytical treatment of children*. New York: Schocken Books, 1964.
- FREUD, S. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: _____. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 10, p. 13-154.
- IANCARELLI FILHO, J. Psicanálise e psicoterapia com crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 30, p. 121-132, 1996.
- KAËS, R. Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In: EIGUER, A. et al. *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica*. São Paulo: Unimarco, 1998. p. 5-19.
- KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, v. 2, n. 3, p. 217-250, 1943.
- KLEIN, M. *Psicanálise da criança*. Rio de Janeiro: Mestre Jou, 1981.
- KUPFER, M. C. Pais: melhor não tê-los? In: ROSEMBERG, A. M. (Org.). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 113-132.
- LISONDO, A. Na cultura do vazio, patologias do vazio. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 38, n. 2, p. 335-358, 2004.
- MAZZARELLA, T. I. *Fazer-se herdeiro: transmissão psíquica entre gerações*. São Paulo: Escuta, 2006.
- MONTEIRO, C. Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: Uma compreensão pela enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.61, no.3, 2008.
- PATELLA, L. *Contratransferência da análise de crianças e adolescentes*. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio Janeiro, 2004. Disponível em: <http://teses.uffrj.br/ip_m/lucianapatella.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2008.
- PEREIRA, D. Fantasma geracional: posseção ou retorno do não recalcado? In: TRACHTENBERG, A. et al. *Transgeracionalidade: de escravo a herdeiro: um destino entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 93-110.
- REINOSO, G. Prefácio. In: ROSEMBERG, A. M. (Org.). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 11-20.
- RIBEIRO PINTO, L. H. V. *Adolescentes em psicoterapia: percepção de si e do tratamento*. Porto Alegre: Comissão de Pesquisa do IEPP-POA, 2002. Não-publicado.
- ROCHA, P. (Org.) *Autismos*. São Paulo: Escuta, 1997.
- ROSEMBERG, A. M. Introdução. In: Rosenberg, A. M. (Org.). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 23-26.
- SANDLER, J. *Técnica da psicanálise infantil*. Porto Alegre: Artmed, 1990.

SIQUIER, M. L.; SALZBERG, B. A difícil articulação pais-filhos na psicanálise com crianças. In: ROSEMBERG, A. M. (Org.). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 79-111.

TUSTIN, F. *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Abordagem psicodinâmica na infância. In: In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. A.; SCHESTATSKY, S. S. (Org.). *Psicoterapia de orientação psicanalítica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 717-737.

ZIMERMAN, D. Psicanálise com Crianças. In: ZIMERMAN, D. *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 347-356.

ZORNIG, S. Da criança-sintoma (dos pais) ao sintoma da criança. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 119-130, 2001.

A comunicação na psicoterapia de crianças: o simbolismo no brincar e no desenho

7

Inúbia do Prado Duarte

Por que ocorre a escolha deste ou daquele brinquedo e não daquele outro em uma sessão psicoterápica? Por que hoje este jogo ficou esquecido e aquele, que nem era percebido, está ocupando todo o nosso tempo? E este desenho, com estes traçados e colorido com estas cores, por que foi realizado tão rápido e logo atirado no lixo, enquanto aquele feito com todo esmero, a régua e esquadro, está guardado na pasta e é visto e examinado em silêncio com cuidado e delicadeza?

Crianças diferentes ou a mesma criança, em situações diversas, *falam* através de desenhos, do brincar e do jogar, com todo seu corpo. Em gestos, expressões faciais, olhares, ruídos, escolhas de objetos, espaços e tempos, o processo de comunicação vai ocorrendo. Mas, o que acontece *intra-psiquicamente* durante esse processo de comunicação? Como entender a linguagem não-verbal e/ou pré-verbal?

O brincar é semelhante ao sonhar. Ambos dependem de uma adequada repressão para que haja simbolismo. Sem este, não há o brincar propriamente dito. Tal como nos sonhos, através da atividade lúdica há a revelação de fantasias, e pela forma como são executadas mostram como funciona o indivíduo que sonha e brinca.

Assim, o brincar é uma linguagem através da qual aquele que brinca nos conta o que está ocorrendo em seu mundo interno, ao mesmo tempo em que revela seu modo de ser. No entanto, diferente do trabalho do sonho que ocorre em dois tempos distintos, um tempo de sonhar e, após, um tempo de lembrar e relatar o sonhado, no brincar os dois momentos acontecem concomitantemente. No sentido temporal, o indivíduo

brincando já está expressando o que naquele momento está sendo produzido em sua associação lúdica.

Podemos tecer um paralelo entre o sonhar, a livre associação de ideias e o brincar. Todos eles apresentam em seu funcionamento uma regressão e uma progressão evolutiva, maturativa, simultâneas. Regressão porque propicia um maior contato com conteúdos mais primitivos que podem revelar os primórdios do conflito, ao mesmo tempo em que mostram a capacidade egoica de poder regredir, sem o perigo de sucumbir à esse movimento regressivo. A progressão evolutiva propicia transformações e amadurecimento pela própria experiência onírica e lúdica ao fazer o discurso característico do associar livremente. A livre associação de ideias, análoga ao sonho e ao brincar, está associada à regressão, às restrições sensomotoras, à redução da censura e da direção racional do pensamento. O brincar também pode ser relacionado com a redução da censura e da direção racional do pensamento, mas não sofre as restrições sensomotoras, pois essas estão a serviço da efetivação da atividade lúdica. Portanto, há uma grande diferença entre o sonhar e o brincar: a mobilidade que serve de descarga não é suprimida ao brincar, pelo contrário, é excitada, e o juízo da realidade serve de garantia do poder entrar e do sair do mundo de fantasia. Ao brincar, a criança interage com um cenário e ajuda a construí-lo com sua participação ativa (Takatori, 2007).

Diversas crianças não conseguem brincar com receio de entrar e ficar nesse mundo irreal, sendo esse um dos critérios mais válidos para avaliar a saúde mental infantil. Exemplo desse funcionamento há em abundância na literatura psicanalítica e em nossos consultórios, muito semelhante a pessoas que não conseguem conciliar o sono porque temem sonhar ou evitam situações prazerosas por temerem uma total desorganização egoica, com a invasão das pulsões amorosas e agressivas.

O brincar equivale à linguagem verbal, ao símbolo, que ao mesmo tempo mostra, revela e esconde, resistindo, ou seja, ao resistir mostra escondendo. Essa dupla capacidade é idêntica à observada no uso da palavra, onde o símbolo não é a coisa em si, representa-a; ao mesmo tempo em que realiza o desejo da pulsão, disfarça-o, permitindo sua realização, sentindo como se não o tivesse realizado. Uma menina brinca fazendo de conta que é uma bruxa muito malvada, que pega criancinhas. Escolhe um boneco pequeno para atirar em um enorme caldeirão com água fervendo, servindo, após, como sopa. Outra criança é uma princesa que é salva da bruxa má, por um belo rei, que chega na hora em que seria atirada em um poço profundo e escuro. O rei a leva ao palácio, coloca-a em sua própria cama onde ficam dormindo, dormindo, dormindo. Nesses dois exemplos, em dramatizações lúdicas, as duas meninas realizam seus

desejos; a primeira ao se transformar em *bruxa malvada* pode se ver livre de seu irmão menor, e a segunda pode ficar com seu rei-pai que a salva da mãe-bruxa. Ambas podem brincar sem correr o risco de qualquer acusação, externa ou superegoica, pois estavam *fazendo de conta*.

Como linguagem em um sentido amplo, o brincar abrange a comunicação não-verbal e a pré-verbal, e pode, então, ser o equivalente à metáfora em um estágio primitivo, no qual ainda as palavras não são capazes de substituir as ideias, e o pensamento se manifesta de modo quase que concreto, materializado na ação lúdica, com a utilização de todo corpo.

O jogo¹ [*brincar*] foi definido pelo historiador holandês Huizinga como:

Ação livre, sentida como fictícia e situada fora da vida comum, capaz de absorver totalmente o jogador; ação despojada de qualquer interesse material e de qualquer utilidade, que se realiza num tempo e num espaço estritamente definidos; desenvolve-se com ordem, segundo regras estabelecidas, e suscita, na vida, relações de grupo que, saborosamente se rodeiam de mistério, ou que acentuam, mediante o disfarce, o quão estranhos são ao mundo habitual (J. Huizinga citado por Lebovici e Diatkine, 1985, p. 14).

O brinquedo livre é aquele escolhido pela criança de acordo com sua motivação momentânea. Muitas vezes, o mundo infantil do brincar é invadido por atividades ditas lúdicas, mas que possuem objetivos pedagógicos. O que a criança chama de brinquedo se caracteriza exatamente por ser destituído de objetivos expressos e determinados. Assim, o brincar está ligado à constituição subjetiva. Ele nos indica como acontece o desenvolvimento e nos aponta não só para os avanços e progressos, mas também para as inibições, as dificuldades e as patologias (Baleeiro, 2007).

Há alguns anos², perguntei-me *qual seria a diferença entre crianças que brincavam de modo espontâneo das que brincavam de modo estereotipado*, pensando que pudesse haver diferenças quanto aos conflitos intrapsíquicos e graus de severidade do superego. No entanto, constatei que nesses aspectos não havia diferenças significativas, mas sim quanto ao modo como o ego enfrentava as ansiedades. Nas crianças que brincavam de modo estereotipado, havia uma maior intensidade na rigidez de suas defesas. Os dois grupos de crianças diferiram na maneira como o ego enfrentava os conflitos, manejava as ansiedades e deixava-se controlar pelo superego.

* N. de R. Huizinga, J. *Homo ludens: o jogo como elemento da cultura*. São Paulo: Perspectiva, 2008.

Durante essa pesquisa, surgiram diversas formas de comportamento lúdico, que formaram quatro categorias, assim especificadas:

- (1) Brincar espontâneo: grande criatividade e riqueza de expressão no conteúdo dramatizado e verbalizado; evidente evolução no curso do brincar e participação com envolvimento afetivo da criança.
- (2) Brincar de construção: concentração e silêncio, repetição de cenas de maneira compulsiva; criatividade limitada relacionada ao espaço, progressão na armação do material, interesse intelectual, sem haver envolvimento afetivo ou entusiasmo e ausência de movimentos que dão ideia de vida.
- (3) Brincar estereotipado: limitação; construção sem dar vida ou movimento aos objetos lúdicos; participação fraca ou ausente; pouca conotação afetiva, escasso envolvimento, pobreza de conteúdo; falta de dramatização e de vida e repetição compulsiva de atitudes.
- (4) Ausência do brincar: rejeição; negação do brincar, não olhar para os brinquedos.

É importante enfatizar uma diferença essencial: em psicoterapia com crianças, a resistência aparece nas transformações decorrentes da simbolização, no curso do brincar espontâneo, ou seja, enquanto houver o brincar propriamente dito; no entanto a resistência não leva à interrupção do ato lúdico.

Tanto a inibição no jogo da criança doente, como a capacidade da criança sadia, através do brincar, resolver seus conflitos sem ajuda externa, despertavam nosso interesse. Essa pesquisa permitiu observar em que elas se diferenciavam. A diferença entre a saúde e a patologia foi detectada quanto à capacidade de simbolizar, de conservar essa capacidade e poder brincar livremente, mesmo em situações adversas ambientais.

Enfatizamos nossa concordância com alguns autores, em especial, na função do brincar com Melanie Klein, Milner, Isaacs, Segal e Winnicott.

Melanie Klein (1969), ao ressaltar a importância do jogo espontâneo de imaginação e ao explicar o uso dos símbolos de cada criança, estando em conexão com suas emoções e ansiedades particulares e com sua situação total. O simbolismo permite à criança alterar o alvo-mãe e transferir a outros objetos seus interesses, fantasias, ansiedades e sentimentos de culpa.

Milner (1991) que ressalta o fato de que a criança não conhece a existência dos limites, mas descobre-os através do jogo, de forma gradual e continua, e, como a arte, vincula o mundo da irrealidade subjetiva com a realidade objetiva, fundindo harmoniosamente os bordos, mas sem confundir-los. A criança se torna capaz de admitir ilusões sobre o que está

vendo e fazendo acontecer enquanto brinca, desde que se sinta segura dentro do espaço-tempo do *setting terapêutico*. Permite-se experimentar simbolicamente situações verdadeiras de faz-de-conta.

Aqui, saliento a importância da capacidade de ilusão na formação simbólica (Milner, 1991) e a possibilidade de transferir interesses inicialmente dirigidos ao objeto original. Diz essa autora em um dos trechos mais claros na compreensão da origem do “porquê” da necessidade do simbolismo via conflito, que:

Ernest Jones e Melanie Klein, em particular, seguindo formulações de Freud, escrevem a respeito dessa transferência de interesse como sendo devida ao conflito com forças proibitivas em relação ao objeto original, assim como também à perda real do objeto original. Jones, em seu estudo A Teoria do Simbolismo, enfatiza os aspectos dessa proibição que têm a ver com as forças que mantêm a sociedade unida como um todo. Melanie Klein, em vários de seus trabalhos, também descreve um aspecto dessa proibição, que mantém o indivíduo integrado como um todo. Klein sustenta que o modo pelo qual ocorre nossa agressão contra nossos próprios objetos originais nos deixa aterrorizados pela possibilidade de retaliação; assim transferimos nosso interesse para substitutos menos atacados e, portanto, menos aterrorizantes (Milner, 1991, p. 89).

Isaacs (1974, p.94), ao falar da natureza e função da fantasia inconsciente, afirma que *as primeiras fantasias surgem de impulsos orgânicos e estão entrelaçadas com as sensações corporais e os afetos. Expressam primitivamente uma realidade interna e subjetiva, quando desde o começo se enlaçam com uma verdadeira experiência, por limitada e estreita que seja, da realidade objetiva.*

Essa afirmação é importante à compreensão das atividades lúdicas que sempre estão entrelaçadas com fatos do meio ambiente e do mundo interno e que necessitam de objetos para sua realização. Muitos fenômenos psíquicos são inerentes a esse *iceberg* que é o brincar: fantasia, simbolismo, relações de objeto, já produtos das transformações dos conflitos entre pulsões de vida e de morte, das defesas frente às ansiedades primitivas, do interjogo entre mundo interno e ambiente, da dinâmica intrapsíquica no entrelaçamento id-superego-ideal de ego-ego ideal, na luta entre narcisismo e necessidade de objeto, enfim, em todos os aspectos que compõem a vida mental humana (Duarte, 2004). Assim, deve ser considerado o inconsciente contido nos fenômenos psíquicos de resistência, transferência-contratransferência, que facilitam e dificultam sua expressão no campo psicoterápico.

Segal (1993, p. 49) fez uma diferença entre dois tipos de formação de símbolos e de função simbólica. *Em um deles, que chamei de equação*

simbólica e que subjaz ao pensamento concreto esquizofrênico, o símbolo está tão equacionado ao objeto simbolizado que os dois são sentidos como sendo idênticos. Um violino é um pênis; tocar violino é se masturbar e, portanto, não é algo para ser feito em público. No segundo caso, o do simbolismo verdadeiro ou representação simbólica, o símbolo representa o objeto, mas não é inteiramente equacionado a ele.

Essa distinção é importante, porque além de ser um elemento de diagnóstico psicopatológico que determina a intervenção terapêutica adequada, é um critério evolutivo. Em pessoas, por exemplo, com características acentuadas de funcionamento psicossomático, a *equação simbólica* é mais evidente, muito semelhante a crianças pequenas quando ainda estão sob o predomínio do pensamento concreto.

Winnicott (1994) pode sintetizar importantes ideias com as quais concordamos, quando ele afirma que a criança: (1) tem prazer em todas as experiências de brincadeira física e emocional; (2) aprecia concluir que seus impulsos agressivos podem ser expressos sem o retorno da violência do meio para ela; (3) brinca para dominar angústias, controlar ideias e impulsos que conduzem à angustia. Afirma ainda que (4) as personalidades infantis evoluem através de suas próprias brincadeiras e das invenções lúdicas feitas por outras crianças e por adultos; (5) a brincadeira favorece uma organização para o início de relações emocionais, propiciando o desenvolvimento de contatos sociais; (6) a brincadeira, o uso de formas e artes e a prática religiosa tendem por métodos diversos, mas aliados à unificação e integração geral da personalidade, e servem de elo entre a relação do indivíduo com a realidade interior e entre o indivíduo e a realidade externa ou compartilhada e (7) tal como os sonhos, servem à autorrevelação e comunicação com o inconsciente.

Uma das maiores contribuições à técnica psicanalítica de Winnicott (1994) foi introduzir o *jogo dos rabiscos*³ para proceder em uma *consulta terapêutica* com crianças. Geralmente era realizado na entrevista inicial como forma básica de estabelecer uma comunicação mais livre. O jogo começava com um rabisco feito pelo terapeuta sobre um pedaço de papel em branco. Após, a criança era estimulada, a partir desse rabisco inicial, a fazer outro traço. Seguiu-se novo traço do psicoterapeuta, e assim sucessivamente. Daí resultavam desenhos significativos e a relação entre terapeuta e paciente era facilitada tornando-se mais próxima. Ao completar o desenho, a criança expressava sua experiência de ser e o modo como experienciava a totalidade de si mesma (Mazzolini, 2007). Para Winnicott, o método visava a três finalidades básicas: (1) a de um instrumento diagnós-

tico; (2) a de facilitar a comunicação interacional; (3) a de funcionar como um recurso terapêutico com o mesmo valor que os sonhos representam como via de acesso ao inconsciente.

O jogo do *rabisco* foi adquirindo significados que caracterizam uma abordagem psicoterápica vincular, servindo também como estímulo à criatividade do terapeuta, principalmente com pacientes de difícil acesso, que necessitam de outras estratégias e intervenções diferenciadas.

Diego, um menino de 4 anos e 6 meses, que fez psicoterapia durante quatro anos aproximadamente, cujo motivo de consulta havia sido perturbações do sono, crises asmáticas e crises de agressividade com descontrole e ataques físicos dirigidos às pessoas mais próximas, utilizou o recurso da comunicação pelos desenhos praticamente durante todo o seu tratamento.

A relação terapêutica foi intensa durante todo o tratamento.

A transferência negativa predominou e contratransferencialmente me exigia, "cobrava", me colocando em prova constante. Os sentimentos de desconfiança agressiva de Diego despertavam muitas vezes a dúvida se realmente a terapia o estaria ajudando. Esse menino lutava heroicamente para manter a cisão, que o protegia de se enfrentar com aspectos ameaçadores relacionados a uma situação edípica inicial, primitiva. Resistia a toda e qualquer interpretação que procurasse trazer algum sentido a suas brincadeiras ou a seus desenhos.

Seguidamente, Diego desenhava nos dois lados de uma mesma folha de papel ofício branco. Usava um lado; logo em seguida virava a folha, produzindo outro desenho no verso. Quando lhe era mostrada a relação entre os dois desenhos, associando os conteúdos de ambos, ele se negava a aceitar e reagia ou com indiferença ou com muita raiva. Muitas vezes, amassava ou rasgava a folha e jogava-a no lixo, de onde o terapeuta tirava, alisava-a e guardava.

Fazendo uma analogia com a fotografia, seus desenhos revelavam as imagens em negativo tal qual existiam em sua mente. Eram projetadas para fora, mas não eram sentidas como suas, não fazendo nenhuma conexão com seus sentimentos e fantasias; as interpretações eram sentidas como "fabricadas ou inventadas" pelo terapeuta. No entanto, esse tinha a favor da evolução do tratamento a inteligência de Diego, pois ele não conseguia negar quando era por demais evidente as coincidências dos dois lados da mesma folha ao levantá-la contra a luz. Os dois conteúdos desenhados se uniam como se fossem um único desenho

*Raiva /
desconfiança
falta de
conexão*

em uma das faces da folha e era-lhe praticamente impossível negar a relação entre eles. Assim, pouco a pouco, Diego foi tendo a experiência de ir juntando suas partes cindidas, não sem crises de raiva, durante as quais ele amassava as folhas desenhadas.

Sua produção gráfica revelou a evolução, sofrida, lenta, rumo à definição de identidade, tendo como “pano de fundo” a intensa vivência da conflitiva edípica primitiva.

Os fenômenos da simbolização no pensar, no brincar e na aprendizagem estão interligados, tendo em comum seus inícios, originados e determinados pelo tipo de relação de objeto. Assim, temos graficamente:

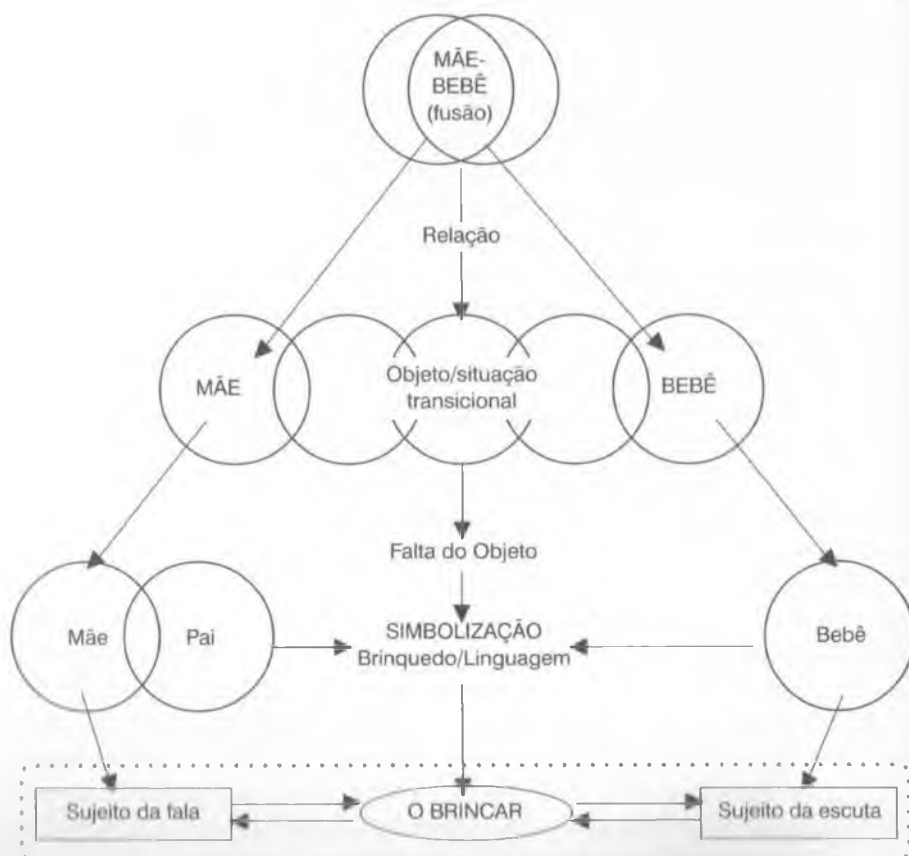


Figura 7.1 Da mãe à cultura via simbolismo.

Essa figura (Duarte, 2004) ilustra a compreensão dos fenômenos psíquicos que ocorrem no *caminho* entre o ponto inicial da *comunicação fusional* entre mãe e seu bebê, o estabelecimento da relação objetal. Nesse caminho, são essenciais os processos de identificação introjetiva e projetiva, recíproca *entre/no* par, a capacidade de deslocamento e condensação e o surgimento dos objetos e das situações transicionais, que se superpõem à capacidade de sentir e suportar temporariamente a falta de objeto, condição necessária para o surgimento do simbolismo. Atingindo esse estágio evolutivo, a criança já é capaz de se comunicar por meio de sinais, inicialmente através de seu corpo e de movimentos pré-verbais. A linguagem metafórica vai surgindo paulatinamente, concomitante à capacidade lúdica, até atingir um determinado grau onde é possível haver a capacidade de abstração que prescinde a expressão corporal e se torna possível a *leitura e a escrita*, essencial ao registro da história e da *Cultura*.

A criança pequena se comunica primariamente pelo movimento e pelo brincar. Na fase da latência, ela pode alternar entre comunicação por meio da fala e do desenho, às vezes, verdadeira associação livre e a comunicação mediante o jogo e o comportamento.

Uma perturbação da simbolização pode levar também a formas de brincar que impedem o aprender, com a experiência e a liberdade de variar o brincar. Aspectos característicos foram observados na estrutura e funcionamento do jogo de Varetas (Duarte, 1989). No início, um jogador atira as varetas, formando um *nó enredado*, que aos poucos e com cuidado, cada jogador deve ir desenredando. A cada movimento, há o perigo de mexer em outra vareta que não é a que se deseja retirar. Acontecendo isso, o jogador perde a sua vez e o outro, seu adversário, continua a tarefa de ir desmanchando aquele enredo. Esse jogo, por vezes, é escolhido pelos pacientes infantis e adolescentes na fase inicial de seus tratamentos, podendo indicar o estabelecimento da aliança e do contrato terapêutico. No entanto, pode ter diferentes significados, dependendo do momento e da situação na qual se encontra o par paciente/terapeuta e dos fenômenos que estão ocorrendo no campo psicoterápico.

O jogo de Dominó (Duarte, 2004) se desenvolve por “identificação idêntica, espelhada”. O seu início se dá pelo jogador que tiver a peça *dupla, seis ou zero*, e a essa *primeira peça* não se apresenta nenhuma outra possibilidade de se acoplar alguma outra peça se não for de modo idêntico por ambos os lados. Esse entendimento inicial facilita sua utilização como linguagem na clínica psicoterápica. No entanto, para *descobrir* seus significados simbólicos, é necessário conhecer a história da criança ou ado-

lescente que está jogando, aspectos de sua vivência familiar e escolar, levando em conta os fenômenos transferenciais na relação terapêutica.

O jogo de Dominó pode ser entendido como o protótipo da antítese do que seria a representação lúdica de uma associação de ideias pela sua rigidez de regras. Seus jogadores devem seguir linhas de identificações que permitam a continuidade do jogo. Somente pode haver evolução se o jogador tiver, entre as suas peças, uma que seja igual a que está em uma das pontas da armação das peças sobre a mesa. Se não possuir, deve comprar do monte ou perde sua vez de jogar e precisa aguardar até que outra peça seja colocada, idêntica a alguma que ele possua.

Ao brincar, a criança realiza algo com seu comportamento e, a partir disso, outros elementos são levados à ação, revelando outros conteúdos que não estavam presentes no início daquele ato, naquele brincar. Eles têm uma tendência para começar a ressoar com coisas que já foram ditas, de uma maneira retroativa ou, às vezes, simultaneamente com afirmações que ainda serão feitas, que *ainda não são pensamentos, mas* são geradores potenciais de temas que permitirão que se observe novas conexões com o que já foi expresso.

Na atividade lúdica, há uma diminuição do uso da linguagem verbal, com o predomínio da ação, comunicação não-verbal e pré-verbal. A linguagem é usada com menor repressão. Sendo assim, o acesso ao inconsciente é mais direto, com menos barreiras. Talvez esse aspecto facilite o contato do terapeuta com material inconsciente, otimizando o tempo de tratamento na infância.

Quando uma criança nos convida a brincar ou convida-nos a ver o que faz enquanto brinca, está tentando comunicar conteúdos que são inacessíveis, enquanto ela, criança, não é acompanhada pelo terapeuta. A presença continente e de *reverie* existentes no campo psicoterápico permite que seja criada uma condição de confiança e segurança capazes de servir de suporte para vivências ansiogênicas decorrentes de intensos conflitos endopsíquicos. Além disso, a presença mental de alguém com quem a criança possa brincar permite que o jogo seja transformador de angústias (Felice, 2003).

Quando um brinquedo ou um jogo é repetido diversas vezes, durante longo tempo, exige ser visto sob diversos ângulos e entendido por todos os lados. E, quando surge no campo psicoterápico, indica não ter sido esgotada nossa compreensão de seus aspectos simbólicos,

Para compreender o jogo, devemos investigar o significado de cada símbolo tendo em conta todos os mecanismos e formas de representação, sem perder jamais a relação de cada fator com a situação total daquele

que brinca. Assim, o mesmo brinquedo, ou um mesmo jogo, adquire distintas significações de acordo com o contexto global que o produziu.

A criança proporciona tantas associações aos elementos separados do jogo como os adultos aos elementos separados do sonho.

Em síntese, o jogo e o brincar: (1) proporcionam alívio e prazer porque descarregam fantasias masturbatórias e porque suprimem o gasto energético da repressão liberando a fantasia; (2) obedecem à compulsão à repetição, transformando as experiências sofridas passivamente em ativas dominando ansiedades; (3) proporcionam alívio da pressão superegoica através da personificação. O fator de alívio provém da projeção ao mundo do jogo dos primitivos objetos superegoicos, que não sendo exteriorizados provocariam perseguição interna, ansiedade e sintomatologia; (4) a inibição do brincar obedece aos intensos sentimentos de culpa, produto da pressão do superego primitivo exigente sobre o ego. A interpretação permite restaurar o prazer do brincar pela resolução dessas ansiedades e a liberação da energia antes ocupada em manter a repressão; (5) o jogo é uma sublimação. Simbolização, sublimação e reparação são três conceitos inter-relacionados que estão na base da atividade egoica que sustenta o jogo. O jogo, como a linguagem, favorece a formação de símbolos e a sublimação, sendo ele próprio resultado de uma das primeiras sublimações, tendo relação com a posição depressiva e capacidade de reparação.

O jogo proporciona diagnósticos de saúde e doença nas crianças. Em crianças normais, o jogo mostra um melhor equilíbrio entre fantasia e realidade. Tem maior capacidade para modificar a realidade ou, se não conseguem, toleram melhor a frustração. Na personificação, as imagens se aproximam mais aos objetos reais. Nas crianças neuróticas, existe um compromisso com a realidade. Apresentam grande inibição de fantasias por sentimentos de culpa e o resultado disso é a inibição do jogo e da aprendizagem. Nas com tendências paranoicas, a relação com a realidade está subordinada às vívidas elaborações da fantasia; o equilíbrio entre ambas se inclina para o lado da irrealidade. Crianças psicóticas executam ações monótonas. A realização de desejos associada a essas ações é a negação da realidade e uma inibição da fantasia. O elemento lúdico funciona continuamente para dar sustentação a uma realidade paradoxal em que as coisas podem ser reais e irreais ao mesmo tempo.

O desenvolvimento simbólico e emocional que uma criança alcança na psicoterapia marca toda sua vida, mesmo que seus conteúdos se reprimam, sejam esquecidos ou se ressignifiquem. Seu efeito no desenvolvimento posterior se conserva e transcende os resultados imediatos que

podem ter o tratamento. Por esse motivo, as inibições do brincar na criança devem ser entendidas como indicador de extrema gravidade, já que implica que seu aparelho psíquico está sofrendo severas limitações. Em um tratamento, chegar ao verdadeiro brincar garante um funcionamento mental ótimo desde o ponto de vista da saúde física e mental.

NOTAS

- 1 Jogar e brincar muitas vezes são sinônimos, mas há uma diferença que desejo assinalar: o jogar, aqui, implica em uma “atividade lúdica” com regras específicas, combinadas e aceitas entre as pessoas que jogam.
- 2 Na dissertação de mestrado (PUCRS-76) “*Relação entre formas de brinquedo infantil e respostas ao CAT-A*”, realizamos uma pesquisa sobre a relação entre as formas de brinquedo infantil espontâneo e estereotipado, e as respostas ao CAT-A em 60 crianças de 4 anos e um mês a 5 anos e 11 meses.
- 3 Em inglês *squiggle game*.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. *El niño y sus juegos*. Buenos Aires: Paidós, 1968.
- _____. Psicoanálisis de niños. *Revista de Psicoanálisis – APA*, v. 50, n. 2, p. 267-286, 1993.
- _____. *Teoría y técnica del psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- ALVAREZ, A. *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas*. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- ARFOUILLLOUX, J. *A entrevista com a criança: a abordagem da criança através do diálogo, do brinquedo e do desenho*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- BALEEIRO, M. C. Brincar: quem e além do carretel. *Cogito*, v. 8, p. 15-19, 2007.
- BION, W. *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- BOLLAS, C. El uso de asociación libre por el psicoanalista. In: _____. *Ser un personaje: psicoanálisis y experiencia del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- CAPER, R. O brincar, a experimentação e a criatividade. *Livro Anual de Psicanálise*, v. 12, 1996.
- CHATEAU, J. *Psicología de los juegos Infantiles*. Buenos Aires: Kapelusz, 1958.
- DUARTE, I. *Estudo preparatório à pesquisa “Freud através de metáforas”*. Trabalho anual do 1º ano de seminários, Teoria I, Instituto de Psicanálise da SPPA. 1991. Não publicado.
- _____. *Formas do brincar: uma revisita à dissertação de mestrado 25 anos depois*. 2004. Não publicado.

_____. Brincar de verdade: um estudo da atividade lúdica na práxis psicanalítica. Trabalho de Membro Efetivo da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, SPPA, janeiro de 2005, apresentado também no Congresso Internacional da IPA. Rio de Janeiro, julho de 2005. Não publicado).

_____. Infância. In: _____. *A prática da psicoterapia infantil*. Porto Alegre: Artmed, 1989. p. 78-121.

_____. O sentido do discurso: um estudo do uso da metáfora na comunicação em psicoterapia e em psicanálise. *Revista do lepp*: Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia, v. 6, n. 6, p. 139-149, 2004.

FELICE, E. M. O lugar do brincar na psicanálise de crianças. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 5, n. 1, p. 71-79, jun, 2003.

FERRO, A. *A técnica na psicanálise infantil da criança e o analista: da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

GARMA, A. El pensar amplio de los sueños. In: _____. *Nuevas aportaciones as psicoanálisis de los sueños*. Buenos Aires: Paidós, 1970.

GREEN, A. A intuição do negativo em o Brincar e a Realidade. *Livro Anual de Psicanálise*, v. 13, p. 239-251, 1997.

_____. A mente primordial e o trabalho do negativo. *Livro Anual de Psicanálise*, v. 14, p. 133-148, 2000.

GRINBERG, L. *Prácticas psicoanalíticas comparadas en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Paidós, 1977.

GUIGNARD, F. *O infantil ao vivo: reflexões sobre a situação analítica*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

ISAACS, S. Naturaleza y función de la fantasía. In: KLEIN, M. et al. *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé, 1974. p. 71-114.

JONES, E. Simbolismo funcional. In: _____. *La teoria del simbolismo*. Buenos Aires: Letra Viva, 1980. p. 41-80.

KLEIN, M. *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou, 1969.

KLEIN, F.; DEBRAY, R. *Psicoterapia analítica de criança: abordagens psicoterápicas dos estados neuróticos e psicóticos de criança*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

LEBOVICI, S. et al. *Problemas de la interpretación en psicoanálisis de niños*. Barcelona: Gedisa, 1981.

LEBOVICI, S.; DIAKINE, R. *Significado e função do brinquedo na criança*. Porto Alegre: Artmed, 1985.

LIBERMAN, D. et al. *Simiótica y psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.

LORENZER, A. *Crítica del concepto psicoanalítico de símbolo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.

MAZZOLINI, B. M. Rabiscando para ser: do si mesmo para o papel. *Imaginario*, v. 13, n. 14, p. 493-509, jun, 2007.

MILTZER, D. *O processo psicanalítico da criança ao adulto*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

Rosa Lúcia Severino

INTRODUÇÃO

As grandes transformações na ciência, na economia, na cultura e na sociedade promoveram mudanças nas constituições familiares e na sua definição. De conceitos mais restritos, em que a família era composta por um casal heterossexual e seus filhos, passamos para concepções nas quais a família pode se definir como um grupo de pessoas vivendo sob o mesmo teto com adultos envolvidos nos cuidados das crianças, distribuição de tarefas e funções que se alternam.

O controle da natalidade, a profissionalização e a independência financeira da mulher estão entre os fatores que incidiram no alto índice de separações e divórcios, gerando-se um número cada vez maior de novos casamentos e reorganizações familiares.

A complexidade das relações que se estabelecem na construção e na estruturação dessas famílias podem ser observadas, mas muito pouco pode se prever ou pretender generalizar e classificar, considerando-se sua inserção em diferentes realidades: a individual que sofre mudanças, a situação dos pais, que embora separados precisam comunicar-se e continuar se responsabilizando pelos filhos, e a do novo casal, que começa sua vida com filhos.

As crianças e/ou adolescentes necessitam administrar o estabelecimento de novos vínculos, lidarem com conflitos de lealdade, conviverem com novos irmãos e se submeterem a regras e aos padrões de comportamentos diferentes dos que foram criados, sendo, por vezes, expostos a situações econômicas desiguais entre duas casas.

Para a família extensa, o desafio consiste em ter que incorporar uma nova família com netos que não são netos, novos sobrinhos, noras ou genros com quem irão interagir, permanecendo, muitas vezes, ligações significativas com o cônjuge do primeiro matrimônio.

A qualidade do relacionamento e a intimidade entre os cônjuges, bem como entre estes e os filhos, são priorizadas, demandando muita sensibilidade, compreensão e tolerância de todos os envolvidos.

Como psicoterapeutas, somos desafiados a construir um espaço terapêutico de acolhimento e resolução de conflitos, com indivíduos pertencentes a organizações familiares tradicionais: famílias com regras de funcionamento já estabelecidas e com uma identidade que possibilita a seus integrantes o uso da mesma linguagem.

Somos igualmente solicitados a mergulhar em um mundo de novas possibilidades, com famílias que necessitam construir outra identidade, baseadas em experiências anteriores e diferentes, com expectativas que, muitas vezes não se cumprirão. Famílias monoparentais, com um único genitor envolvido na criação e educação dos filhos; famílias com dois núcleos advindos da separação ou divórcio e casais homossexuais com filhos adotivos ou biológicos de um dos parceiros, estão entre as novas configurações familiares.

Entre todas essas, que requerem estudos aprofundados, abordarei neste capítulo a família com recasamento, utilizando minha experiência clínica e trabalhos de diferentes autores. Esse modelo de organização familiar também pode se definir como combinada, reconstituída, reestruturada, ampliada ou aberta.

DO INDIVÍDUO À FAMÍLIA

Os indivíduos se caracterizam por pertencerem a múltiplos sistemas. A família é o sistema menor dentro de um macrosistema social, onde fluem trocas e interferências mútuas.

O comportamento e o desenvolvimento de um indivíduo influenciam todos os demais membros da família, e esta igualmente influencia seus integrantes. As delimitações de espaços psicológicos entre pais e filhos, de todos com outros familiares e com o meio externo, constituem uma condição importante para o adequado funcionamento da família.

A família tem um ciclo desenvolvimental que acompanha o crescimento dos filhos, com a dinâmica própria de cada fase. Quando os filhos

são pequenos, as demandas são diferentes do período da adolescência, da família com adultos jovens, ou quando os filhos saíram de casa.

As expectativas frente ao casamento se modificam e, quando explicitadas, favorecem a renegociação de regras anteriormente estabelecidas.

O casamento na juventude é diferente do período da educação e criação dos filhos, assim como do período do envelhecimento: da paixão ao amor responsável e maior companheirismo e acolhimento recíproco.

Então, podemos observar vários casamentos com o mesmo parceiro, modificando-se o contrato inicial de acordo com as novas demandas. Muitas vezes, a falta de flexibilidade no sistema dificulta a solução de crises, chegando à dissolução do casamento.

As transformações vivenciadas pelo grupo se refletem no relacionamento do casal, que precisa se confrontar com as suas diferenças e, ao mesmo tempo, dar o suporte necessário para o crescimento físico e emocional dos filhos.

Fatores do desenvolvimento individual dos cônjuges igualmente entram em cena, e, por vezes, conflitos não resolvidos com as famílias de origem podem confundir e obscurecer reais necessidades: e muitas vezes, a ruptura no casamento tem nessas relações primordiais a verdadeira motivação.

Para se compreenderem as relações de casamento, é fundamental a pesquisa sobre como cada componente se constituiu como indivíduo dentro da sua família de origem, qual experiência relacional vivenciou, tanto como observador do casamento dos pais quanto na interação com cada um deles. A transmissão transgeracional de modelos aprendidos, a delegação de papéis, crenças e mitos familiares operam na dinâmica conjugal.

É na família de origem que os indivíduos experimentam a condição de se sentir fortemente vinculados, para posteriormente se separar no caminho da diferenciação. Nesse contexto, vivencia relações afetivas intensas que influenciarão nas escolhas relacionais futuras (Severino, 1996, p. 76).

As famílias do recasamento compõem um grupo no qual um novo membro (ou membros) é incluído, num sistema anteriormente composto por pais e filhos e que se desfez por separação ou divórcio ou pela morte de um dos cônjuges. Pelo menos um dos envolvidos teve uma experiência matrimonial anterior e em um grande número, ambos tiveram.

São famílias abertas, nas quais as pessoas envolvidas podem desempenhar papéis nunca antes assumidos, em uma rede de relações que assume um caráter sentimental, amigável, genitorial e que variam em intensidade e comprometimento (Francescato e Locatelli, 1999, p.509).

CONTEXTOS QUE ANTECEDEM AO RECASAMENTO

O período de crise no casamento, que culmina em separação, provoca reações e emoções desconhecidas por todos os envolvidos nesse processo. Os adultos experimentam ansiedade e confusão, comportamentos ambíguos, dispendendo muita energia psíquica para sobreviverem à dor e aos sentimentos de culpa que acompanham a ruptura do casamento.

A perda do cônjuge, associada à perda de vários vínculos, gera sentimentos de insegurança, abandono e traição, em especial quando a separação é abrupta e não-consensual (Sluzki, 1997, p. 104).

Somam-se questões de ordem prática, que envolvem condições econômicas; o homem, que na maioria dos casos, é quem deixa a casa, depara-se com novos desafios como morar e se organizar sozinho, além de ficar longe dos filhos. Se o homem não se mantém muito atento ao seu relacionamento com os filhos, corre o risco de se tornar um pai periférico.

Já a mulher, muitas vezes precisando intensificar sua atividade profissional, pode se afastar por maior tempo de casa, sentindo-se também sobrecarregada com o novo papel de cuidar sozinha da casa e dos filhos. Se não pode se sustentar sozinha, ela permanecerá dependente do ex-marido, o que não é bom, nem sob o ponto de vista econômico, nem emocional.

A perda do convívio com as famílias extensas de cada um, muitas vezes a perda da rede de amigos, coloca os adultos numa situação de isolamento maior do que o desejado. O retorno ao mundo social extrafamiliar, o estabelecimento de novas amizades, a vida sexual fora do casamento ou relação estável, representam outras dificuldades advindas do divórcio.

No período inicial do divórcio, os pais, tencionados e deprimidos, podem se voltar mais para si mesmos do que para os filhos, dirigindo sua energia para a separação física e financeira; se as crianças são pequenas, além de vivenciarem a ausência do genitor que saiu de casa, experimentando fantasias ou temores de perder o que ficou. Raiva, preocupação, tristeza, solidão, conflitos de lealdade e sentimentos de rejeição costumam emergir nesse período. Para os pré-adolescentes e adolescentes, a raiva, característica também da idade, pode ser intensificada, associando-se aos conflitos de lealdade, luto e preocupações a respeito de sexo e casamento.

Ocorrem separações em que ou o pai ou a mãe fazem do filho um aliado contra o outro cônjuge, misturando-os nas conflitivas pertinentes ao casal e sobrecarregando emocionalmente a criança ou o adolescente.

Acreditar que não perderam a família, mas considerar que esta se transformou em dois núcleos, a família do pai e a família da mãe, pode trazer alento e esperança.

Ter assegurado o direito de conviver com aquele que não tem a custódia, bem como a manutenção dos vínculos com seus familiares, auxilia os filhos a enfrentarem a nova realidade, bem como favorece a aceitação de um novo casamento.

Os avôs desempenham um papel muito importante, pois além de constituírem um sistema de apoio, proporcionando carinho e compreensão aos netos, transmitem um sentido histórico e de continuidade da família. Podem ainda atuar como mediadores com os pais, nos casos onde há ausência de comunicação ou litígio.

Se os recursos econômicos forem suficientes, a preservação da moradia dos filhos, em especial se tratando de adolescentes, favorecerá o convívio com o grupo de amigos e colegas de escola e ajudará na superação das dificuldades.

Não é o divórcio que prejudica os filhos, mas as formas como os pais se separaram. O litígio, a perda de contato com um dos pais e privações econômicas advindas dessa situação são os fatores que trazem problemas e intensificam o sofrimento.

Em geral, na dissolução do casamento, os cônjuges mantêm o padrão comportamental e relacional que tinham previamente. Assim, um casal não se separa muito diferentemente do que conviveu. Se houve consideração, respeito mútuo e envolvimento no cuidado dos filhos, poderão chegar a acordos que preservem uma relação positiva e a continuidade da união enquanto pais.

A observação clínica coincide com a literatura especializada, enfatizando essas condições como fundamentais para o divórcio emocional. Assim, arranjos flexíveis serão viabilizados preservando a presença e participação de ambos os genitores na vida dos filhos. E quanto melhor elaborado estiver o divórcio para os adultos, mais fácil será para os filhos conviverem com essa situação e elaborá-la.

A sociedade conjugal se desfaz, mas a sociedade parental deverá permanecer até que os filhos se tornem adultos e independentes.

Os ex-cônjuges podem desenvolver relações amistosas, cooperando um com o outro e priorizando o bem estar dos filhos. Em alguns casos, ressentimentos e antagonismos antigos geram sentimentos de raiva e hostilidade que interferem nas combinações sobre o cuidado com os filhos, observando-se menor flexibilidade no sistema. Pode-se observar a manutenção do litígio conjugal, que cria um clima de hostilidade, não havendo

nenhuma comunicação direta entre os ex-cônjuges, gerando famílias definidas como monoparentais, em que um único genitor se responsabiliza pela criação e educação dos filhos (Ahrns citado por Kaslow, 1987).

Em pesquisa recente, intitulada "Ligações familiares pós-divórcio: implicações a longo prazo para as crianças", Ahrns (2007) descreve o estudo longitudinal com famílias binucleares, em que foram entrevistados 173 indivíduos 20 anos depois do divórcio de seus pais, ocorrido no período da infância.

Os achados mostraram que o subsistema parental continua impactando a família binuclear 20 anos após a ruptura do casamento, exercendo forte influência na qualidade dos relacionamentos dentro do sistema familiar. As crianças que relataram que seus pais foram cooperativos, também relataram melhores relacionamentos com seus pais, avós, padrastos ou madrastas e irmãos. Durante o período de 20 anos, a maioria das crianças vivenciou o recasamento de um ou ambos os pais, e 1/3 dessa amostra lembrou o recasamento como mais estressante que o divórcio. Para aqueles que experienciaram o recasamento de ambos os pais, 2/3 relatou que o recasamento do pai foi mais estressante do que o da mãe. Quando a relação das crianças com o pai se deteriorou depois do divórcio, o relacionamento com seus avós paternos, madrasta e irmãos emprestados era distante, negativo ou inexistente. Para que os relacionamentos permaneçam estáveis, se desenvolvam ou piorem, dependerá de um complexo entrelaçamento de diversos fatores (Ahrns, 2007, p. 54).

De acordo ainda com pesquisas norte-americanas, 75 a 80% dos divorciados voltam a se casar, o que leva a supor que as pessoas seguem buscando o casamento como uma instituição válida para satisfazer seus anseios e necessidades.

Kaslow (1987), estudiosa sobre o assunto, aponta como motivações para um novo casamento:

- (1) Motivos similares para o primeiro casamento: amor e desejo de compartilhar a vida com alguém, no sentido de desenvolver e alcançar novas realizações, é provavelmente a razão mais comum dada pelas pessoas.
- (2) Oferecer uma vida em família para os filhos do primeiro casamento: as tarefas de constituírem genitor único podem ser opressivas e a possibilidade de dividi-las com um segundo parceiro que auxilie é muito atrativo.
- (3) Alguns indivíduos divorciados não toleram a condição de estarem sozinhos, se sentindo sem reconhecimento; procuram outro

casamento para se livrar da sensação desconfortável de desequilíbrio.

(4) Outros casam de novo para serem apoiados financeiramente.

FORMANDO UMA NOVA FAMÍLIA

Quando um homem e uma mulher se unem num segundo casamento, trazendo consigo os filhos de relacionamento(s) anterior(es), constituem uma estrutura familiar complexa, na qual conflitos e tensões próprios da convivência se intensificam e as reações se tornam visíveis. “É como se nas famílias recasadas o processo de se unir e pertencer tivessem lugar sob um poderoso microscópio, focado diretamente na essência dos relacionamentos interpessoais” (Visser, 1994, p. 329).

De modo geral, considera-se aconselhável um período de tempo entre o divórcio e o recasamento (dois a três anos) para um bom ajuste familiar. E, de acordo com Kaslow (1987), um novo casamento tem maiores chances de ser bem-sucedido se os cônjuges realizaram alguma terapia pós-divórcio para explorarem a dinâmica de seus relacionamentos.

Quando e como introduzir um novo parceiro na vida das crianças é um ponto chave e delicado. Se ocorrer cedo demais, acarretará sentimentos de deslealdade em relação ao outro genitor ou temor de prejudicar sua relação com o mesmo.

Conviver com o romance e a relação altamente sexualizada do início de um relacionamento pode ser mais um fator de estresse para os filhos. E se o namoro não segue adiante, há também o risco de significar uma perda dolorosa, próxima às perdas vivenciadas na separação dos pais, deixando as crianças inseguras e desconfiadas frente a outros relacionamentos.

Para mães de crianças pequenas, em especial para as que têm muitas ocupações profissionais, administrar o tempo disponível para estar com os filhos e um namorado costuma ser complicado e, por vezes, acaba ocorrendo uma exposição precoce de um ou mais envolvimento.

Há situações em que os pais excluem completamente os filhos do novo relacionamento, muitas vezes por se sentirem culpados pela separação ou por temor das consequências se o ex-parceiro tomar conhecimento. Manter segredo gera tensões, enfraquecendo vínculos de confiança, em especial se tratando de adolescentes, que raramente deixam de perceber que está acontecendo alguma coisa que não está sendo falada.

Deve-se ter sempre presente que a nova constituição familiar ocorre sobre uma situação de luto pela perda da primeira família: a elaboração das perdas dependerá de muitos fatores, entre os quais o tempo de duração do matrimônio prévio, a maneira como o grupo anterior se relacionava, a idade das crianças e o tipo de divórcio vivenciado.

Muitos sentimentos podem não ser identificados, sobretudo nas crianças, por se constituírem processos inconscientes. Além disso, frequentemente, é difícil para os casais das famílias com recasamento permitir que as crianças expressem seus sentimentos positivos e negativos em relação aos quatro adultos envolvidos em suas vidas, intensificando-se, assim, os conflitos.

Uma reação de hostilidade, explosão de raiva ou agitação, pode estar encobrendo uma profunda tristeza. Quando a criança é muito pequena no momento da separação de seus pais, o luto pode ficar adiado. Alcançando um estágio cognitivo posterior, coincidindo ou não com a formação da nova família, situações externas que ressignifiquem sentimentos de perda suscitarão reações, por vezes, incompreensíveis aos olhos dos adultos.

Quando ambos os pais recasam, os filhos devem interagir com dois novos sistemas familiares: precisam conviver com pessoas com estilo de vida diferente que trouxeram, além das experiências com suas famílias de origem, vivências com uniões ou matrimônios anteriores. Se a rede familiar inclui muitas pessoas, pode ser mais difícil para as crianças acharem o seu lugar no sistema. Por outro lado, a criança tem seu universo relacional ampliado ao conviver com outras figuras de avós e tios: ter que se ajustar a diferentes estilos de vida contribui para torná-los indivíduos flexíveis.

Os sistemas se tornam ainda mais complexos se ambos trazem filhos dos casamentos anteriores, reunindo-se como grupo de coirmãos. A hierarquia em relação às idades, quem é caçula ou o mais velho, não se mantém; podem ainda ocorrer alianças ou exclusão por questões de gênero. Relações com “novos” irmãos devem ser desenvolvidas; rivalidades fraternas podem ficar acirradas, em especial quando os filhos são pequenos. Quanto melhor o relacionamento entre os não-irmãos, melhor a integração de toda a família. Quando são adolescentes, a supervisão e comunicação aberta são fundamentais: o tabu do incesto não opera imediatamente, podendo ocorrer o enamoramento entre os “não-irmãos”. Os adultos envolvidos precisam aprender a lidar com necessidades muito diferentes, e isso demanda atenção e cuidados especiais.

Um grande desafio para as famílias com recasamento consiste na necessidade de se tornarem um grupo, sem ter tido anteriormente uma

história através da qual pudessem se organizar gradualmente. Dentro desse grupo, o novo par deve construir sua identidade de casal, desenvolver alianças mútuas e solidificar sua relação.

A aceitação por parte das famílias extensas auxilia no processo de construção da nova família, favorecendo um sentido de pertinência familiar. O apoio vindos dos amigos e da rede social aumenta a adaptação e o desenvolvimento das forças das famílias reconstituídas.

Minha experiência clínica, exemplificada no caso descrito, coincide com autores que apontam alguns preditores de dificuldades na organização das famílias com recasamento (Carter e McGoldrick, 1995):

1. Uma grande discrepância entre os ciclos de vida das famílias.
2. Negação de perda anterior e/ou um intervalo curto entre os casamentos.
3. Incapacidade de resolver questões de relacionamento intenso na primeira família; por exemplo, se existirem sentimentos de raiva intensa ou amargura em relação ao divórcio ou se ainda há ações legais pendentes.
4. Falta de consciência das dificuldades emocionais do recasamento para os filhos.
5. Incapacidade de abandonar o ideal da primeira família intacta e passar para um novo modelo conceitual de família.
6. Esforços para estabelecer fronteiras rígidas em torno da nova associação familiar e pressão para haver lealdade e coesão primárias na nova família.
7. Exclusão dos pais ou avós biológicos, combatendo sua influência.
8. Negação das diferenças e dificuldades; agir “como se” essa fosse apenas uma família comum.
9. Mudança na custódia dos filhos perto do recasamento.

Tradicionais papéis de gênero, no qual é esperado que as mulheres cuidem dos filhos, devem ser revisados, uma vez que será importante o envolvimento direto do pai com os filhos quando estes estiveram com ele e a nova parceira.

Crianças dos recasamentos não estão procurando novos pais. Assim, a expectativa de que a nova esposa substitua a mãe real irá gerar disfuncionalidades no sistema, podendo acarretar sintomas nos filhos. Em consequência, poderão ter medo de perder a mãe, ficar confusos e divididos entre duas cuidadoras, ou se comportar com hostilidade.

Além disso, frequentemente as crianças resistem a um dos lares. A relação de proximidade e intimidade com o genitor que tem a custódia interfere nos esforços positivos dos padrastos ou madrastas, impedindo que estes sejam reconhecidos. Cooperar ou gostar deles pode ser sentido como deslealdade. Quanto mais os padrastos ou as madrastas se envolvam nos cuidados e disciplina, mais as crianças poderão sentir que o território do pai ou mãe real está sendo invadido. Entretanto, se a aproximação é gradual, amorosa e flexível, quando for necessária a colocação de limites as crianças demonstram melhor adaptação e aceitação. Nesses casos, é fundamental que os adultos se apoiem no estabelecimento das regras.

A nova esposa, sensibilizada com a tristeza dos enteados, pode tentar amá-los mais do que ama seus filhos. Em consequência, estabelece uma relação onde não pode reconhecer em si mesma sentimentos de raiva quando ocorrem comportamentos destrutivos ou de superexigência (Carter e Peters, 1996, p. 293).

Considera-se igualmente problemático quando uma mulher vê no novo companheiro um substituto para um pai ausente: situação vivida na relação anterior ou porque no meio dos conflitos pós-separação o litígio conjugal colocou o pai para fora da relação. Da real impossibilidade de substituição, nesses contextos, advêm sentimentos de frustração e por vezes, revolta, provocando desajustes na relação do casal.

A expectativa de que o homem assuma a posição de único provedor da família gera estresse e impasses, uma vez que suas responsabilidades financeiras com os filhos do primeiro casamento deverão continuar.

Pesquisas indicam que a posição de um padrasto é mais fácil do que a da madrasta. Talvez porque se espera menos dos homens por padrões culturalmente aprendidos, fazendo com que eles não se sintam sobrecarregados ou desafiados como as mulheres. Uma situação peculiar acontece quando uma criança sente ciúmes do padrasto com quem tem que dividir a atenção e o amor da mãe (Schwartz, 1995, p.164).

Um dos piores problemas que os parceiros dos recasamentos devem enfrentar é serem colocados no papel de malvados. A complexidade evidenciada nessas relações inspirou uma nova versão para o conto de fadas *Cinderela*, apenas sob o ponto de vista da madrasta:

Eu estava me sentindo tão sozinha que fui facilmente arrastada pelo pai de Cinderela, casando com ele quando nós apenas nos conhecíamos. Uma vez casados, eu percebi que ele ainda estava obcecado pela esposa falecida.

Ele adorava cegamente Cinderela e era tão indulgente com ela, que Cinderela jamais imaginou que poderia se esperar ajuda dela em casa. Ele gastava muito com presentes para ela e para as minhas filhas não dava nada, as quais ficavam compreensivelmente enciumadas. Elas também se ressentiam, porque deviam lavar e cozinhar enquanto Cinderela se recusava a fazê-lo. Sempre que eu tentava por ordem na pobre menina órfã, ela tinha um acesso de mau humor e corria para seu pai, que sempre ficava do seu lado, contra mim.

E quando o pobre homem repentinamente morreu, eu não consegui controlar Cinderela. Ela ficava fora muitas horas. A próxima coisa que fiquei sabendo foi que ela fugiu para se casar com o príncipe (que era uma fonte de tormento no castelo) e eles contaram que ele a havia "salvado" de uma escravidão em sua própria casa.

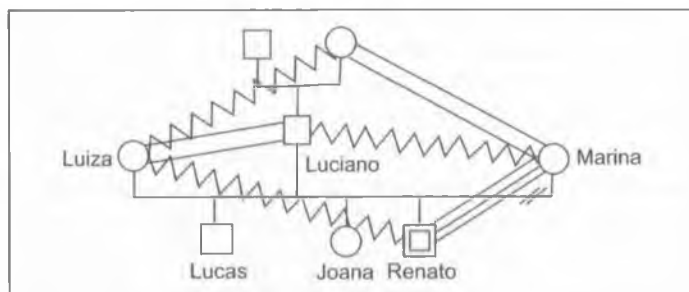
O texto descrevendo um sentido contrário do famoso conto de fadas aponta para a evidência de que todo o conflito familiar pode ter outra versão. A expectativa sobre as madrastas ou padrastos de amarem automaticamente os filhos do novo cônjuge mais do que amam a seus próprios é um dos fatores que impactam mais do que ajudam nas novas relações e pode criar o mito da madrasta malvada. As madrastas podem ser percebidas como adversárias, à medida que os filhos crescem, em especial as filhas mulheres, que se tornam as maiores protetoras de suas mães e suas guias mais leais (Carter e Peters, 1996, p. 293-294).

CONTEXTOS TERAPÊUTICOS PARA FAMÍLIAS COM RECASAMENTOS

Entre os motivos principais de consulta, atualmente encontramos crianças que estão vivenciando ou já vivenciaram a separação dos pais, ou estão fazendo parte dos novos arranjos familiares.

O relato a seguir foi escrito pela mãe de uma família com recasamento. Ilustra as muitas dificuldades que essas famílias enfrentam, e a abordagem terapêutica procurou acompanhar a complexidade da construção da nova constelação familiar.

A figura a seguir apresenta esquematicamente parte do genograma familiar no qual se evidencia a triangulação de Renato, o paciente identificado, com a mãe (extrema proximidade) e com a madrasta (relação de conflito).



LUTANDO PARA SEREM FELIZES

Conhecemos-nos no período da faculdade, sendo apenas amigos. Ele casou, teve filhos, e quando eu estava noiva, reencontramos-nos casualmente. A vida rolou, e dois anos depois, fico sabendo que ele se separou. Novo reencontro; dessa vez, combinamos sair juntos. Acabamos namorando e, como era tudo ótimo, passei a dormir no apartamento dele; as roupas foram indo aos poucos. Entre a saída de Luciano de sua casa e o nosso namoro foram apenas seis meses.

Sua filha, Joana, tinha 7 anos, e o filho, Renato, 3 anos. Eu inicialmente achei o máximo namorar um cara já com filhos. Divertíamos-nos como casal e também com os filhos. Fomos relativamente felizes no início com as crianças, com quem fazíamos viagens e passeios, que fizeram com que convivessem com meus familiares. Paralelamente, enfrentávamos o inconformismo de Marina, sua ex-esposa, em relação ao que estava rolando; ela jogava pesado com as crianças, não as autorizando a gostarem desta intrusa, o que gerava conflitos de lealdade. Eu era uma mulher solteira, de vida boa, formada e com independência econômica. Por opção, morava ainda com os pais e gastava minha grana com o que eu gostava: passeios, hobbies, congressos, amizades, etc.

Marina, que encabeçou a separação, estava arrependida, fazendo tudo para Luciano voltar. Ele se mostrava culpado, muito culpado, pois era o mentor intelectual do evento e sofria pelas crianças. Sua mãe não apoiava nossa união e se unia a Marina. Luciano cedia às solicitações de Marina, que de início, o requisitava constantemente. Nunca me assustou a ideia de me envolver com meus enteados; fazíamos muitas coisas boas juntos e houve épocas em que eu queria até adotá-los, de mãe viva.

Hoje, sei que cometi alguns erros. Entrei nessa história sem que tivessem feito a mínima separação emocional. Depois, pensei ter entrado numa história que já tinha todos os personagens. Eu sobrava.

Outro erro, quanto mais eu era generosa, amorosa e cheia de recursos, mais minha presença salientava as limitações da mãe deles. Isso ficou notório quando o tempo passou e a adolescência os impulsionou a recuperar a mãe. Entre os conflitos de lealdade e carências, eles me agrediam para poder voltar para ela. Não pensavam que poderiam circular lá e cá. Após quatro anos de casados, engravidei de nosso primeiro filho, Lucas. Foi uma época problemática: para Marina, isso representava a divisão do patrimônio com filhos que não eram seus, ansiedade que era repassada para Joana e Renato.

No ano seguinte, aos 10 meses de Lucas, Joana veio morar conosco, seguida por Renato um mês depois. Luciano me consultou sobre Joana poder ficar e respondi que jamais me oporia, mas que não imaginava o que poderia ocorrer.

De mulher solteira, independente, passei a ser mãe de três filhos. Enfrentamos novas dificuldades: as crianças preferiam permanecer conosco mesmo quando fosse o período combinado para ficarem com a mãe. Com o nenê pequeno, não conseguia dar a mesma atenção aos maiores, mas ainda estávamos levando.

Dois anos depois, nasceu nosso segundo filho, Ricardo, e mudamos todos para uma casa nova, já que tínhamos uma pretensa grande família. Sempre achei que seria viável, mas aos poucos comecei a mudar de ideia, quando não me sentia dona de minha própria casa. Luciano não conseguia me proteger das agressões da ex-esposa.

Não sei por que não seguimos a indicação de terapia. Talvez as coisas tenham se acalmado quando ficou definida a troca de guarda para Luciano.

Acreditávamos que poderíamos ser felizes com essa grande família. Mas, foram tempos difíceis: Luciano se demorava para retornar para casa, pois não sabia como lidar com a demanda dos filhos. A vida de casal ficou interferida e o romantismo sem lugar.

Meus enteados ficaram conosco durante cinco anos, quando então em clima de muitas brigas, eles decidiram retornar para a casa da mãe.

Hoje, sei que a melhor madrasta não se compara com a unha da mãe. O que importava para eles era ter garantido o amor de Marina.

Procuramos atendimento quando Renato estava com 8 anos e apresentava problemas de desatenção e agitação na escola. (Lailza)

O processo de avaliação psicológica incluiu a nova família, sessões com Luciano e Luiza, sessões com Joana e Renato e deles com a mãe. Foram identificados em Renato sentimentos de tristeza, ansiedade e ambivalência frente a permanecer ou deixar a casa materna e ficar próximo da irmã, que já morava com o pai.

Marina, vinculada aos filhos, sofria por terem saído de casa; apresentava depressão, o que operava como motivo para as crianças evitarem estar com ela, agravando a situação.

Essas questões foram relacionadas com o comportamento inquieto de Renato e sua falta de atenção nas atividades escolares, coincidindo com o pedido de alteração da guarda dos filhos. Indicou-se psicoterapia individual para Renato com enfoque familiar, com a inclusão dos familiares no atendimento sempre que necessário.

Esse caso clínico exemplifica padrões relacionais possíveis de serem explorados e compreendidos em famílias com recasamento, levando-se em consideração os triângulos formados dentro dessas famílias.

Embasando-se na teoria de Bowen (1991), pensar triângulos é "observar as maneiras previsíveis nas quais as pessoas se relacionam umas com as outras num campo emocional. Os movimentos dos triângulos podem ser tão imperceptíveis que dificilmente se pode observá-los em situações emocionais tranquilas, mas na presença de ansiedade e tensões, sua frequência e intensidade aumentam" (p. 71).

McGoldrick, Gerson e Schellenberger (1999), partindo dessa teoria, sugerem triangulações previsíveis em famílias com recasamento: triangulação criança, pai e madrasta, onde a hostilidade entre as crianças e a nova esposa gera conflito no pai, que fica dividido entre a esposa e os filhos; as crianças estando aliadas à mãe e em conflito com a madrasta, entre outras.

Ocupar uma posição menos central na vida das crianças e respeitar a ligação dessas com o pai e a mãe deixa a criança mais livre, evitando a triangulação.

Triangulações também podem ocorrer com a mãe biológica, seus filhos e o padrasto.

A cultura ocidental influencia em expectativas maiores em relação à maternidade do que à paternidade, tornando mais difícil a experiência das madrastas (McGoldrick, Gerson e Schellenberger, 1999).

Para um planejamento terapêutico, devem ser considerados os espaços de tempo entre o término do primeiro casamento e a constituição da nova estrutura familiar, a idade dos filhos e o tipo de comunicação mantida pelos ex-cônjuges, entre tantos outros.

*Avaliação
competição*

Quando uma criança ou adolescente são o motivo de consulta, os pais da primeira família devem ser incluídos, em especial no processo diagnóstico. Se a comunicação é positiva, as sessões se realizam em conjunto; caso contrário, pai e mãe são vistos separadamente.

Se o problema apresentado envolve diretamente o padrasto ou a madrasta, estes deverão participar desde o início e durante o tratamento.

Crianças cujos pais se separaram quando ainda muito pequenas podem reviver sentimentos de solidão, experimentando sentimentos de abandono ou rechaço, que podem se desencadear por situação advinda do ambiente familiar, escolar ou de outros eventos fora da família.

No processo de avaliação e terapia, deve-se enfocar a criança ou adolescente oferecendo-lhes um espaço terapêutico individual, que possibilite a expressão, a compreensão e a elaboração desses conflitos. Paralelamente, realizam-se sessões com o grupo familiar, nas quais se evita a discussão de questões conjugais, direcionando-se o foco para alternativas de solução conjuntas frente as dificuldades do paciente identificado.

O relacionamento satisfatório do casal é fundamental não somente para sua felicidade, mas porque dessa relação depende a estabilidade de todos os demais. O casal deve ser auxiliado a estabelecer fronteiras flexíveis, que favoreçam um espaço a dois, o que requer um planejamento consciente e objetivo.

Nessa situação de transição e crise familiar, é importante realizar intervenções terapêuticas em nível estrutural, relacional e individual que favoreçam a comunicação dos próprios sentimentos, a capacidade de escutar os outros e o desenvolvimento de competências relacionais e afetivas (Francescato e Locatelli, 1999, p. 528).

O trabalho psicoterapêutico em nível individual deve enfocar questões relativas à autoestima, desenvolvendo sentimentos de confiança nos outros e a capacidade de expressar pensamentos e emoções que levem a uma interação mais positiva.

Com a família e o casal, são estimulados comportamentos de colaboração e respeito mútuos, de aceitação das diferenças e o restabelecimento de ligações e comunicação que estejam interrompidas.

As funções parentais devem ser apoiadas tanto no sentido financeiro quanto no sentido educacional e emotivo, tendo-se presente que a dissolução foi da sociedade conjugal; a parental deve se manter até a entrada dos filhos na idade adulta.

Esse aspecto educacional é importante, uma vez que auxilia os cuidadores a descobrirem maneiras de levarem adiante o projeto da

nova família, sentindo-se igualmente validados enquanto pessoas competentes.

Orientar os adultos envolvidos na construção da nova família, sobre a importância da relação dual entre pais e filhos, desenvolvendo atividades conjuntas, por exemplo, contribui para reassegurar a proximidade nas relações, minimizando sentimentos de exclusão experimentados por padrastos ou madrastas; igualmente, a relação a dois entre estes e os enteados pode favorecer o estreitamento dos laços afetivos.

Outra questão a ser trabalhada é auxiliá-los a reconhecer que a relação entre os pais e os filhos do primeiro casamento vem de muito mais tempo do que com o novo parceiro e, sendo assim, o vínculo é mais forte. O envolvimento e o compromisso do pai ou mãe com as crianças é completamente diferente do que com os novos parceiros.

Considerando que os hábitos e formas de convívio devem se construir numa nova ordem, a criação de rituais familiares auxilia na definição da nova família.

A comemoração de eventos ou datas festivas, conforme estavam acostumados os pais da primeira família com seus filhos, pode ser resguardada, mas é importante que o novo grupo escolha como fazer a sua celebração em particular, elegendo datas e momentos para que isso se viabilize.

Promover encontros, reunindo avós ou tios de ambos os lados, ajudará as famílias dos recasamentos a se sentirem conectadas e unidas.

Pensar nas competências dos indivíduos em vez de se acentuar as dificuldades é um caminho para auxiliá-los a recuperarem a autoconfiança e olharem para o futuro.

Ahrons (2007) aponta seis características descritivas da força familiar: (1) expressão de apreciar uns aos outros e sabedoria para dispendar tempo juntos; (2) participação de atividades comuns; (3) bom padrão de comunicação; (4) confiança; (5) orientação religiosa e (6) habilidade para lidar com o estresse de maneira positiva. Essas mesmas habilidades poderão resultar ou não em um novo casamento, podendo se desenvolver na organização de uma nova família.

Para sintetizar muito do que foi dito até o momento, incluo alguns fatores indicativos de uma organização com sucesso e satisfação, conforme Francescato (1999):

- 1) Elaboração da perda, compreendida seja como perda do cônjuge ou do genitor que saiu, mas também como perda da ideia da família de origem, com suas regras, suas lembranças suas tradições, etc.

- 2) A definição de expectativas realísticas: esse é um fator decisivo e significa que os membros da nova família têm a noção de pertencer a um tipo de família diferente da tradicional, em que: a) os adultos e as crianças se encontram e se unem enquanto estão em posição diferente do seu ciclo de vida individual, familiar e de casal; b) os adultos e as crianças respeitam os ex-cônjuges; c) as ligações genitor-filho são precedentes à formação do casal; d) existe um genitor biológico em outra casa ou na memória; e) as crianças se movimentam entre duas famílias; f) os padrastos ou madrastas não têm relações legais com as crianças; g) existe a consciência de que é necessário certo tempo (2 a 4 anos) para o processo de construção de uma família reconstituída.
- 3) A solidificação do novo casal: na família reconstituída com sucesso o casal é muito unido e conseguiu superar, sobretudo na fase inicial, o problema de administrar o próprio espaço e o próprio tempo e os limites entre o espaço do casal e aquele da família.
- 4) A individualização dos rituais familiares: a nova família necessita viver seus rituais e tradições a seu próprio modo para a construção das ligações afetivas.
- 5) O desenvolvimento da relação entre genitores e filhos do atual companheiro: quando foi possível estabelecer inicialmente uma relação amigável, deixando a função educativa exclusivamente para os pais e alcançando com o tempo um acordo com os mesmos sobre essa distinção de papéis, estabelecem-se relações satisfatórias entre os filhos e os padrastos/madrastas. As palavras-chaves são flexibilidade e clareza.
- 6) Colaboração entre as famílias: os adultos não são hostis ou competitivos, mas colaboram nos interesses dos filhos (Francescato e Locatelli, 1990).

A terapia acontece na cabeça dos terapeutas. É imperativo para a saúde das famílias com recasamento que em nossas cabeças façamos justiça para a flexibilidade, para a criatividade e para o esforço que os adultos (madrastas e padrastos) fazem pelas suas famílias e para a resiliência das crianças em se ajustar a todas essas mudanças. (Visser, 1994, p. 329)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora muitas dificuldades tenham sido discutidas nesse capítulo, o trabalho com famílias ao longo de muitos anos me ensinou a reconhecer

seus inúmeros recursos e saídas para a solução dos problemas enfrentados ao longo de seu desenvolvimento.

Em especial, as famílias dos recasamentos desenvolvem a tolerância, a aceitação das diferenças e a criatividade, muito provavelmente imbuídas do desejo de acertarem a nova escolha, cuidando para não repetirem os erros cometidos no passado.

Desafiados a “inventarem” a nova família, mostram-se muito ativos e participativos, procurando se adaptar às demandas da nova situação. Como todas as famílias, frente a situações de maior estresse ou sofrimento, podem temporariamente “se paralisar”, cabendo a nós, terapeutas, ajudá-los a recuperarem as próprias competências.

Favorecer o restabelecimento de relações quando houveram rupturas familiares e estimular a ampliação de redes de convívio social estão entre os objetivos da psicoterapia familiar.

REFERÊNCIAS

- ABELSOHN, D. A “good enough” separation: some characteristic operations and tasks. *Family Process*, v. 31, p. 61-83, 1992.
- AHRONS, C. R. Family ties after divorce: long-term implications for children. *Family Process*, v. 46, n. 1, p. 53-65, 2007.
- BOWEN, M. Hacia la diferenciación de si mismo en la familia de origen. In: BOWEN, M. (Ed.). *De la familia al individuo: la diferenciación del si mismo en el sistema familiar* Buenos Aires: Paidós, 1991. p. 64-86.
- CARTER, B. Famílias resultantes de segundas nupcias: la creación de un nuevo paradigma. In: WALTERS, M.; CARTER, B.; SILVERSTEIN, O. (Ed.). *La red invisible*. Buenos Aires: Paidós, 1991. p. 364-400.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Ed.). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- CARTER, B.; PETERS, J. K. *Love honor and negotiate*. New York: Pocket Books, 1996.
- FRANCESCATO, D.; CAGNETTI, L.; GREGO, L. A. Rapporti interpersonali all'interno delle famiglie ricostituite. *Terapia Familiare*, v. 51, p. 19-30, 1996.
- FRANCESCATO, D.; LOCATELLI, M. Luci e ombre delle famiglie aperte. In: ANDOLFI, M. (Ed.). *La crisi della coppia*. Milano: Raffaello Cortina, 1999. p. 509-539.
- KASLOW, F.W.; SCHWARTZ, L. L. *The dynamics of divorce*. New York: Brunner/Mazel, 1987.
- MCGOLDRICK, M.; GERSON, R.; SCHELLENBERGER, S. Family relational patterns and triangles. In: MCGOLDRICK, M.; GERSON, R.; SCHELLENBERGER, S. (Ed.). *Genograms: assessment and intervention*. New York: Norton & Company, 1999. p. 101-114.

- KORBIVCHER, C. F. Bion e Tustin: os fenômenos autísticos e o referencial de Bion: uma proposta de aproximação. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 41, n. 2, p. 54-62, jun. 2007.
- LAMBERT, A. M. O que faz a história para um sujeito. *Revista Fort-da*, Rio de Janeiro, 1995.
- MARQUES, C. F. F. C.; ARRUDA, S. L. S. Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 1, jan./mar. 2007.
- MILHER, L.; FERNANDES, F. Análise das funções comunicativas expressas por terapeutas e pacientes do espectro autístico. *Pro-fono: Revista de Atualização Científica*, Barueri, v. 18, n. 3, 2006.
- MELTZER, D. El Claustro y la adolescência. In: _____. *Claustro: una investigación sobre los fenómenos claustrofóbicos*. Buenos Aires: Spatia, 1994. p. 148-151.
- _____. *Exploracion del autismo*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- _____. *Metapsicologia ampliada*. Buenos Aires: Spatia, 1990.
- MONDELLO, M. L. Estar no Vazio, Espaço sem tempo. In: FERRARI, A. *Adolescência: o segundo desafio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 119-141.
- ROCHA, P. S. Terror do mudo novo ou interpretação autista do velho mundo. In: ROCHA, P. S. (Org.). *Autismos*. São Paulo: Escuta, 1997. p. 97-110.
- SANDRI, R. *O primeiro sentimento de existência do bebê: entre corpo e psiquismo*. Conferência realizada na Clínica Pais-Bebê, Porto Alegre, 2000.
- SEGALL, H. *A obra de Hanna Segall*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.
- STERN, D. *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artmed, 1992.
- TAFURI, M. I. Autismo infantil precoce. *Insight Psicoterapia*, ano 2, n. 16, p. 19-22, 1992.
- _____. *Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*. Brasília: ABRAFIP, 2003.
- TOMASELLO, M. *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- TUSTIN, F. A perpetuação de um erro. *Letra Freudiana*, ano 16, n. 14, p. 63-79, 1995.
- _____. *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. Autistic children assessed as not brain-damaged. *Journal of Child Psychology*, v. 20, p. 209-225, 1994.
- _____. *Barreiras autistas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artmed, 1990.
- TREVARTHEN, C. Intrinsic motives for companionship in understanding: their origin, development and significance for infant mental health. *Infant Mental Journal*, v. 22, n. 1/2, p. 95-131, 2000.
- WINNICOTT, D. W. *A natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1990.
- _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. Preocupação materna primária. In: _____. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978.

Saídas < suicídio
adolescência < racionalizar

Burca da
identidade
sexual

Psicoterapia de adolescentes com tendência suicida

17

Sandra Maria Mallman da Rosa

"O mundo é um lugar muito difícil"

Esse tema suscita questões que vão muito além do entendimento e do manejo técnico, pois se refere a questões de vida e morte não apenas em nível simbólico, mas no real e no concreto. Falar sobre suicídio, em especial na sociedade ocidental, é praticamente um tabu. Para as famílias, e até mesmo para alguns profissionais da área da saúde, entrar em contato com ideias ou ameaças de morte mobiliza questões relacionadas com a própria morte, e banalizar o fato, negá-lo, criticá-lo ou buscar culpados é uma forma encontrada para aplacar as ansiedades que o assunto desperta. Dessa forma, muitos dos mitos que existem em torno do suicídio, mais do que desinformação, se justificam como uma proteção contra a percepção de um risco iminente, bem como para eximir os demais de responsabilidades e das providências a serem tomadas.

O adolescente é caracteristicamente impulsivo, hipersensível, suscetível, emotivo, impaciente e está em constante desequilíbrio. Como consequência, é maior a sua vulnerabilidade para condutas de risco, pois, para alguns deles, o ataque ao corpo é a única forma de expressar os conflitos internos e aplacar a tensão produzida pelas rápidas mudanças desencadeadas pela puberdade. Os jovens com tendência suicida mobilizam e desafiam o terapeuta de maneira peculiar: são intensas as identificações projetivas que provocam reações contratransferenciais igualmente intensas. Também o narcisismo do terapeuta é colocado em cheque ao se deparar com o fato de que em certos casos as suas intervenções poderão não ser suficientes para impedir o ato suicida. Alguns desses jovens estão decididos a morrer e para eles os esforços terapêuticos terão pouca ou nenhuma eficácia.

O suicídio ou parasuicídio é definido como qualquer ação que varia quanto ao grau de consciência, pela qual o indivíduo provoca um dano físico a si mesmo. Mesmo sem consequência de morte, essa ação é potencialmente perigosa, seja pela sua intencionalidade autodestrutiva ou pelo desconhecimento do indivíduo quanto aos riscos, cuja motivação vai desde o desejo de acabar com a própria existência até a intenção de, com o ato, modificar o ambiente sociofamiliar.

Através dos tempos, as reações da sociedade assumiram diferentes características diante do suicídio: admiração, como um ato de suprema liberdade ou solução aceitável para as situações intoleráveis da vida; como ofensa a Deus ou, para os gregos e romanos, um ato contra o Estado; ou interpretado como um desvio de comportamento, despertando reações de hostilidade e punição aos ditos infratores (Timbó, 2006). Na Antiguidade Clássica, começa a se esboçar o conceito de suicídio romântico, em que os amores impossíveis levavam a ameaças ou à consumação do suicídio, sendo abundantes na literatura as histórias com fim trágico, relacionadas ao abandono ou à perda do ser amado.

Durante séculos a Igreja não se posicionou, só havendo menção ao ato suicida quando Santo Agostinho e São Tomás de Aquino o taxaram como uma ação pecaminosa, demoníaca e moralmente recriminável. Posteriormente, incorporado à lei civil, o suicídio passou a ser visto como um atentado contra as instituições sociais, sendo punido com severidade: os bens da vítima eram confiscados, o corpo era exposto à execração pública e os parentes deviam pagar multa ao Estado.

No século XIX, intelectuais e filósofos começam a questionar esses conceitos, e o suicídio passa a ser visto como uma manifestação de loucura. Gradualmente, vai-se percebendo que existem fatores predisponentes e situações desencadeantes do comportamento suicida. A abordagem, agora menos baseada na moral, busca a compreensão do ato com um enfoque mais médico e social, chegando à visão atual do suicídio como uma questão de saúde pública.

Cerca de 3 mil pessoas por dia cometem suicídio em todo o mundo e, para cada uma delas, outras 20 tentam sem sucesso. A média de suicídios na população geral teve um aumento de 60% nos últimos 50 anos, principalmente nos países em desenvolvimento (OMS – 10/09/2007). Inúmeras pesquisas apontam para o suicídio como a segunda ou terceira causa de morte entre adolescentes e jovens adultos, sendo a faixa de 15-18 anos a mais crítica para os comportamentos de risco. É difícil precisar a frequência dessa ocorrência na população jovem brasileira, devido à pre-

cariedade dos registros médicos e policiais. Sem falar na dificuldade para determinar a intencionalidade de algumas situações aparentemente acidentais, visto que os acidentes de trânsito, atropelamentos e afogamentos podem camuflar uma intenção suicida. Tendo isso em mente, a projeção é de que existem pelo menos dez vezes mais suicídios no Brasil do que é de fato relatado (Souza, Minayo e Malaquias, 2002). Estima-se que de 15 a 25% daqueles que buscam a morte tentam novamente no ano seguinte, e, desses, 10% conseguem consumir o ato nos próximos 10 anos (Botega, 2006).

As taxas mais altas de suicídio entre jovens aparecem na Rússia, Lituânia, Hungria e Nova Zelândia (Avanci, Pedrão e Costa Junior, 2005). Estima-se que no Brasil entre 9 e 12% dos adolescentes atentam contra sua vida e 1/3 das hospitalizações psiquiátricas têm a tentativa de suicídio como um dos motivos de baixa (Resmini, 1993). Sabe-se que a população feminina utiliza esse recurso com mais frequência; porém, o índice de mortalidade é maior na população masculina. Isso se deve à escolha de métodos mais letais, maior propensão para violência impulsiva, maior inclinação ao abuso de substâncias, pedido de ajuda menos frequente e por serem mais frágeis diante de rupturas relacionais e outros tipos de tensões (Frazão, 2003).

Dentre as principais cidades brasileiras, Porto Alegre desponta com a taxa mais elevada, seguida por Curitiba. Os meios e procedimentos mais utilizados pelos jovens brasileiros (Souza, Minayo e Malaquias, 2002) são o enforcamento, estrangulamento e sufocamento, seguidos do uso de armas de fogo e explosivos. Entre as meninas predomina a ingestão de medicamentos e substâncias químicas (Avanci, Pedrão e Costa Júnior, 2005). Análises epidemiológicas indicam que a maioria dos suicídios entre os jovens ocorre em casa durante o dia, aproveitando a ausência dos pais, e ressaltam que uma relação pobre com a figura materna é um dos importantes fatores de risco.

A adolescência é um período de grande turbulência emocional que demanda um sofrido trabalho de reorganização psíquica em função das fantasias e angústias intensas, que são acionadas principalmente pelas transformações corporais da puberdade. O corpo é vivido como o lugar de onde emerge uma força pulsional incontrolável e inquietante, e para que se possa escapar da angústia ligada à possibilidade de consumação do incesto e do parricídio, o jovem deverá renunciar à onipotência infantil, à bissexualidade e admitir a diferença de sexos e gerações (Ladame e Ottino, 1996). Existe uma estreita relação entre a constituição da genitalidade e a confrontação com a ideia de morte como um fato irreversível e

definitivo. Ao mesmo tempo que o advento da capacidade procriativa traz implícita a noção de vida, as perdas consequentes das alterações da puberdade fazem irromper a noção de morte (noção de temporalidade, de finitude da vida e o reconhecimento da morte) (Tubert, 1999).

O narcisismo do adolescente caracteriza-se pelo retraimento da libido (introspecção) e delírio de grandeza (hipervalorização dos próprios desejos e atos psíquicos, onipotência de ideias, fé na força mágica das palavras). O colapso narcísico (Probst, 1989) produz-se quando ele não é capaz de tolerar e elaborar dois fenômenos concomitantes: o desmoronamento do seu ego ideal frente às feridas narcisistas e a falha de seus ideais de ego, ainda não estabelecidos suficientemente. O rompimento das fantasias mágicas e onipotentes e o reconhecimento da morte, com o decorrente sofrimento narcísico e autoestima abalada, poderão dar lugar a depressões e ao surgimento da conduta suicida.

A forma de comunicação nessa faixa etária dá-se preponderantemente pela ação, muito mais do que pela palavra. Quando o mal-estar e a estranheza causados pelo novo corpo atingem um nível insuportável e não é possível fazer o luto pelo corpo perdido, existe um risco de pane (Dias, 2000), que será resolvido pela passagem ao ato. Surgem então as tentativas de morte, muitas vezes mascaradas através de jogos e condutas arriscadas. O risco de morte implícito nessas condutas relaciona-se com a onipotência infantil ainda não superada, que faz com que o jovem não considere a possibilidade de dano ao próprio corpo ou dos outros. As defesas maníacas são o último recurso para aliviar a dor e o sofrimento psíquico, e a sensação é de poder sobre a própria vida, de retomada do controle, o que lhe restabelece o sentimento de liberdade. A manipulação dessa ideia e a experimentação dos limites representam a fantasia de controle sobre a vida e a própria morte. Desafiar a morte e tentar dominá-la, com o sonho íntimo da imortalidade, é arriscar-se a morrer para conseguir viver e entender o que isso significa (Oliveira, Amâncio e Sampaio, 2001).

Na cultura de muitos povos primitivos, a adolescência representa um segundo nascimento. Nos ritos de iniciação, é encenada a morte do rapaz, que posteriormente é trazido de volta à vida pelos espíritos, marcando o fim da infância, a perda da identidade infantil e o ingresso no mundo dos homens, quando muitas vezes ele recebe um novo nome. A proibição do incesto e do parricídio também está representada nesses ritos, e somente através da renúncia a esses desejos primitivos da infância é que o jovem será admitido entre os adultos. A circuncisão, tão frequente na cultura desses povos, significa uma castração simbólica, quando então

o púbere é obrigado a romper o narcisismo onipotente da primeira infância, representado pelo vínculo idealizado com a mãe, para só assim poder alcançar o poder social (Tubert, 1999). Com as meninas os ritos ocorrem após a menarca, e têm em comum com a iniciação dos meninos a separação da mãe, o isolamento, o castigo e o renascimento. O rito de iniciação condensa a significação da morte, do nascimento e a constituição do sujeito como tal, possibilitando-lhe o acesso à ordem simbólica. A tentativa de suicídio do jovem ocidental seria para Tubert (1999) um equivalente dos rituais primitivos, um ato mágico em que existe um período de morte simbólica, com ruptura do vínculo com a realidade e os objetos externos, seguida de uma reconexão com o mundo, e experimentada como um renascimento. Sob esse enfoque, o que o adolescente estaria buscando não seria realmente a morte, mas o controle da mesma através da sua sobrevivência ao ato suicida.

Durante a adolescência, é bastante comum o aparecimento de ideias suicidas. Isso não constitui um perigo por si só, caso não exista uma planificação ou associação com outros fatores de risco, quando só então adquirem um caráter mórbido que pode levar ao ato suicida (Barrero, 2005). É necessário que se faça uma diferenciação entre ideação suicida e aqueles pensamentos mais ou menos mórbidos que buscam responder às interrogações existenciais tão características do período da adolescência. Nessa fase, é bastante comum que surja um interesse maior pelos símbolos de morte, atitudes de atração/repulsão por acontecimentos horríveis, etc. Pensar sobre a morte é necessário e estruturante nessa idade (Teixeira, 2004).

Também é fator marcante a influência que têm sobre o indivíduo as crenças da sua cultura relacionadas com a morte. Na evolução da humanidade, a negação da morte como o final de tudo é uma constante, e sobre o suicídio, em particular, é possível que mais do que a expressão do instinto de morte, o ato suicida venha acompanhado de uma fantasia de vida ou sobrevida melhor ou mais feliz que a atual. Muitos pacientes trazem na ideia suicida o desejo de viver de outra maneira, numa mescla de fantasia de imortalidade por um lado, e esperança de que da próxima vez vá ser diferente do outro; seria, assim, um modo equivocado de querer viver. E o dano ou a morte ocorreriam, paradoxalmente, como consequência (Sinay, 1983). Para Ladame e Ottino (1996), o suicídio encerra vários paradoxos: o corpo se torna um objeto estranho e ao mesmo tempo é próprio ao sujeito; o gesto suicida é dirigido contra um inimigo vivido como exterior, ao mesmo tempo em que ele ataca a si mesmo. O conflito entre o corpo real (genital) e o corpo idealizado (impúbere) leva a outro

Não consegue
tolerar pensar
mudar no
corpo

paradoxo: como destruir o corpo real, salvando o corpo idealizado? O paradoxo maior é que o adolescente quer e não quer morrer.

Na adolescência, muitos comportamentos, apesar de não serem abertamente suicidas, podem ser considerados de risco: dirigir sem cinto de segurança, andar de moto sem capacete, portar armas, envolver-se em brigas, consumir substâncias (cigarro, álcool, maconha, inalantes), não usar preservativo nem método anticoncepcional, provocar vômito ou usar laxantes e moderadores do apetite para controle do peso (Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia, 2000). A prática da automutilação é mais uma das formas com que os jovens lidam com a angústia, extravasando-a no próprio corpo, e também pode ser caracterizada como um comportamento suicida (Coldibeli, 2007). As práticas de arranhões, cortes, queimaduras, bater a cabeça contra a parede configuram microssuicídios ou parassuicídios (Oliveira, Amâncio e Sampaio, 2001), nos quais a escolha feita é pelo sofrimento ao invés da morte. Também a chamada *Body Art*, que inclui a *scarification* (cicatrizes feitas com bisturi) e o *branding* (a pele é marcada com ferro quente, como acontece com o gado), vão muito além da identificação com os pares por meio das inscrições no corpo, pois rompem o limite entre estética e sofrimento, onde a dor física está a serviço da expressão da dor emocional.

Atualmente, o ato suicida já não é encarado tanto como um momento delirante, mas como negação da realidade, sendo fruto mais de um "rpto ansioso" do que psicótico. Ottino (1996) critica o emprego excessivo do termo "psicose" nesses casos, como também as teorias centradas exclusivamente no ódio ao próprio corpo. O momento suicida é de rompimento entre pensamento e ato, um atuar fora de controle, um estado de desespero em que não há possibilidade de representação simbólica. Mas o acento maior das teorias atuais recai sobre a vulnerabilidade desses adolescentes devido à sua fragilidade narcísica. As falhas narcisistas assumem papel preponderante, na medida em que levam à incapacidade do psiquismo de enfrentar situações ansiogênicas, sejam elas internas ou externas (Flechner, 2000). A tentativa suicida seria uma busca de imobilidade para extinguir a atividade psíquica, deter o que não está podendo ser controlado, que é a entrada na idade adulta. Essa imobilidade permitiria a negação da perda do objeto primário e a busca do reencontro funcional com ele. Essa seria uma forma de alcançar a calma e a paz que para esse jovem existiam antes do início da puberdade.

Por ser difícil de definir a intencionalidade autodestrutiva na adolescência, deve haver cuidado nas atitudes a serem tomadas em relação a

comportamentos predominantemente manipuladores, que não parecem ter um propósito real de autodestruição. Ao se desconsiderarem os riscos e a gravidade potencial de tais comportamentos, perde-se a oportunidade de intervir adequadamente, o que pode significar a diferença entre a vida e a morte daquele indivíduo. Mesmo diante de uma nítida simulação, é conveniente que se busque entender o motivo da escolha dessa forma específica de expressão, pois indica que o jovem foi incapaz de responder de forma mais saudável à pressão dos seus conflitos internos.

Dentre os fatores que contribuem para o risco de suicídio (Resmini, 1993), destacam-se:

- aspectos familiares: abuso sexual, pais dependentes de substâncias psicoativas, ausentes, com conduta agressiva e repressora, com relações conflituosas;
- aspectos sociais (apoio emocional insuficiente): moram sozinhos ou com outras pessoas que não os pais; grupo de amigos problemáticos e desvalorizados;
- aspectos escolares: mau rendimento escolar, ou bom desempenho, mas com muita pressão pelo próprio êxito;
- sexualidade: vínculos simbióticos, forte ansiedade de separação diante de ameaças de rompimento, início precoce das atividades sexuais (para reter o parceiro);
- sintomas psiquiátricos: ansiedade, desesperança, humor depressivo, impulsividade, agressividade, conduta antissocial;
- história pregressa: tentativas prévias de suicídio, maus-tratos ou negligência, perda, ausência ou falta de convívio com um dos pais na infância, exposição prévia ao suicídio de pessoas significativas;
- diagnóstico: o distúrbio depressivo aumenta a probabilidade; transtorno de conduta, *borderline*, uso de substâncias psicoativas.

Quanto aos sinais precursores, sempre existem avisos, mensagens, indícios que anunciam as intenções suicidas (Bouchard, nd), são restos de esperança que configuram um pedido de ajuda:

- mensagens verbais diretas, aludindo à morte, ameaças de suicídio, comportamentos autodestrutivos;
- mensagens indiretas que aludem ao suicídio: preparativos para viagem (cartas de adeus, etc.), doação de objetos pessoais, interesse por temas relacionados à morte, atração súbita por armas de fogo e produtos tóxicos, depressão, transtornos do apetite e do sono, tristeza, choro, indecisão, irritabilidade, cólera, raiva, baixa

autoestima, ansiedade aumentada, isolamento, mutismo, perda de interesse nas atividades, busca pela solidão;

- comportamentos como faltas à escola, dificuldade de concentração, queda no rendimento escolar; hiperatividade ou lentidão extrema, atração e preocupação com temas de morte e reencarnação; negligência com a aparência, consumo excessivo de álcool, drogas ou medicamentos.

O processo suicida segue uma evolução, desde o início da crise até a passagem ao ato (Bouchard, s.d.):

- 1) Busca de solução – alternativas que possam gerar mudanças na situação estressante ou reduzir o sofrimento. A ideia de suicídio ainda não foi considerada ou é vista como apenas uma das possibilidades.
- 2) Ideação suicida – são rejeitadas as soluções ineficazes para a crise, e dentre as possíveis, aparece, súbita e brevemente, a morte. Esta passa a ser considerada com mais frequência e começam pensamentos sobre como colocar em prática.
- 3) Ruminação – o desconforto aumenta, é mais difícil de suportá-lo; sensação de terem se esgotado todas as possibilidades de solução; retorno constante da ideia de suicídio.
- 4) Cristalização – certeza de que o suicídio é a solução, passando à elaboração do plano. Isso leva a um alívio, parecendo não haver mais problema, pois a solução foi encontrada. Desligamento emocional dos demais e sentimento de isolamento.
- 5) Elemento desencadeante – é iminente a passagem ao ato, bastando qualquer elemento precipitante.

Cabe lembrar que o tempo de desenvolvimento de todo esse processo pode ser muito curto, durando por vezes apenas algumas horas. Entretanto, nunca é tarde para se intervir: a ambivalência e o medo de passar ao ato estão presentes até o último instante, e o processo pode ser interrompido a qualquer momento. Não deve ser esquecido, entretanto, que os passos desse processo evoluem mais rapidamente na segunda tentativa, quando as mensagens são mais veladas e o método utilizado é mais violento.

No tratamento com o adolescente, deve-se investigar o que lhe vem à mente quando pensa em suicídio e o que pensava no momento da tentativa. Relatar que pensava em alguém pode sinalizar um desejo de viver e que ainda mantém interesse pelos objetos, ao passo que "não estar

pensando em nada” pode significar que já matou dentro de si as pessoas significativas, indicando gravidade maior e grande risco de repetição do ato (Laufer, 1996).

P, 17 anos, refere pensar em morte o tempo todo. Entretanto, demonstra preocupação com os amigos e como ficarão após sua morte. Pensa em se afastar do convívio deles com antecedência, para que tenham tempo de se acostumarem com sua ausência enquanto ainda está vivo. Esses são objetos com quem ele ainda se importa, que ainda não matou dentro de si.

A tentativa de suicídio, segundo o grau de risco que implica, pode ser (Tubert, 1999):

1. “Benigna” – ato compulsivo, de baixo risco, com características reativas a situações de mudança ou perda, em um contexto emocional depressivo; é simultaneamente um castigo e um ato de vingança; ocorre em local onde seja possível ajuda; busca continente; é uma tentativa de restabelecer contato com alguém significativo. Os instrumentos utilizados são menos perigosos e mais ambivalentes (como remédios, que também servem para curar). Simboliza a morte como tentativa de renascer. Posterior alívio da tensão, podendo chegar ao arrependimento e desaparecendo a intenção suicida.
2. “Maligna” – ato impulsivo, de muito risco; relacionado com estrutura e psicopatologia ligada à personalidade prévia, sem desencadeantes observáveis; ocorre na ausência de testemunhas; os instrumentos utilizados indicam que a busca da morte é a finalidade maior (armas, jogar-se do alto de um prédio, por exemplo, ou na frente de carros); após a tentativa, dá-se um agravamento da tensão e persiste o desejo suicida.

A tarefa terapêutica é auxiliar o paciente a compreender o ato e liberá-lo da sua fascinação pela morte através, principalmente, do trabalho sobre o momento traumático. Deve-se procurar converter a angústia em um alarme que permita um primeiro ponto de ancoragem, que passará, necessariamente, pela figura do terapeuta (Flechner, 2000). O trabalho do terapeuta pode ser comparado aos ritos de passagem, em que a “iniciação” (morte da criança) dar-se-ia através da ação do terapeuta como o mediador da função simbólica (Tubert, 2000).

No contato com adolescentes suicidas, a empatia deve ser utilizada como principal instrumento. Deve-se tentar ver o mundo através dos olhos do paciente, em uma escuta ativa, acurada, empática, que possibilitará entender o conflito para o qual o paciente não vê outra solução, senão a morte. Ao investigar com o paciente as razões para sua conduta ou ideação autodestrutiva, o terapeuta poderá auxiliá-lo a buscar modos alternativos de lidar com as crises e problemas que enfrenta. Mas deve-se estar alerta para o risco de uma entrevista excessivamente centrada nos aspectos destrutivos, pois seria como uma confirmação aos temores do paciente de ser julgado como doente mental, o que poderia levá-lo a re-trair-se defensivamente (Resmini, 1993).

C., 18 anos, foi encaminhado pelo clínico com queixa de dores pelo corpo que não correspondem a doença somática. Na primeira entrevista, conta que se sente triste "desde sempre". Após a morte recente do pai, transformou seu quarto num verdadeiro cenário fúnebre: pintou as paredes de preto, acrescentou objetos como velas, forca, arame farpado, lâminas de barbear. Remete o significado de cada objeto a ideias e/ou tentativas anteriores de suicídio. A terapeuta optou por realizar mais uma entrevista antes de encaminhá-lo ao psiquiatra, visto que o paciente já estava medicado com antidepressivo e demonstrava desejo de falar a respeito do que sentia e no que pensava. Na segunda entrevista, foi feito o encaminhamento psiquiátrico, que foi prontamente aceito pelo paciente. Na terceira entrevista ainda não havia consultado o psiquiatra e estava muito bravo com sua mãe. Queixava-se de que ela teria lhe dito que não se preocupasse com o fato de ir ao psiquiatra, pois isso não significava que fosse louco. Apesar de o assunto ter sido muito examinado nessa sessão, C. não retornou mais.

Tanto ele quanto sua mãe se esquivaram das tentativas de contato feitas pela terapeuta, restando a esta o papel de causadora da dor e sofrimento do paciente, a pessoa que o considerava um louco. Além disso, foi transferida para ela toda a preocupação com a sobrevivência do rapaz. Fica, aqui, uma indagação relacionada com um aspecto paradoxal do atendimento em consultório a este tipo de paciente: a urgência de uma intervenção psiquiátrica e medicamentosa, em contraste com a necessidade de se estabelecer um vínculo mais consistente com o paciente antes de proceder ao encaminhamento.

A estrutura familiar tem participação importante no contexto da questão suicida do adolescente. Encontram-se nessas famílias a indiferen-

acreditava que estava morrendo, então
escolhe morrer em definitivo.

ciação e a indiscriminação dos papéis de seus membros, ausência ou falha da função paterna e predomínio da função materna. A união com a figura materna fortalece a posição narcisista, dando-se um desequilíbrio na família. São famílias incapazes de tolerar a expressão da agressão porque não podem elaborá-la nem simbolizá-la. O adolescente é escolhido como uma vítima “propiciatória”, voltando a agressividade contra si mesmo, o que serve para impedir a desintegração do grupo. Ele renuncia à própria identidade e fica sem um lugar onde possa se definir e se reconhecer como sujeito. Tubert (2000) entende que a tentativa de suicídio pretende romper a relação indiferenciada com a mãe, da qual não é possível sair de outro modo. A saída da posição narcisista significa uma morte, mas mantê-la também significa morrer como sujeito. As alterações da puberdade afetam não só o adolescente, mas também a todos os que convivem com ele, reativando “antigos demônios” que até então estavam silenciados. Isso significa que as atitudes dos pais podem estar relacionadas com uma reativação de conflitos transgeracionais, por sua vez relacionados com a violência e que não foram elaborados simbolicamente (Flechner, 2000). Sob esse enfoque, o ato suicida pode ocorrer como um fenômeno de repetição de algo escondido nos pais, que irrompe no filho através da identificação inconsciente com seus antepassados suicidas. É bastante frequente encontrar na história familiar desses adolescentes uma ou mais situações de morte por suicídio em gerações anteriores, fato geralmente desconhecido pelo paciente, fazendo parte de um segredo familiar. Mesmo que o fato seja do seu conhecimento, em geral é cercado de uma aura de mistério que permite a proliferação de fantasias a respeito, inclusive a de que cabe a ele dar continuidade a esse “destino”.

A contratransferência na relação terapêutica com pacientes em risco também merece atenção especial: o paciente projeta no terapeuta sua hostilidade e angústia de morte, e este é posto à prova, pois deve ser capaz de receber e conter esses aspectos, para só posteriormente interpretá-los e devolvê-los ao paciente. Como vimos anteriormente, o terapeuta representa o responsável pelo despertar da dor psíquica e, por isso, é imprescindível que tenha analisado os aspectos que tocam diretamente a sua própria adolescência, bem como as angústias relacionadas à sua própria morte (Flechner, 2000).

Em muitos casos o paciente relata situações claramente autodestrutivas sem demonstrar preocupação com sua conduta, mesmo que admita o risco implícito quando confrontado com a situação. As angústias de morte são projetadas no terapeuta, que se faz cargo da depressão do

paciente e sobre quem recai a pesada tarefa de se preocupar com sua integridade.

F, 19 anos, é um rapaz aparentemente bem adaptado: faz faculdade, estagia no outro turno, toca numa banda e tem uma namorada com quem, segundo ele, se dá muito bem. Buscou atendimento por dificuldades de relacionamento com o pai. Entretanto, a cada sessão relata situações em que se coloca em risco de vida, nem sempre estando sob efeito da maconha, da qual faz uso quase diário. Cada vez que sai do consultório, sorridente e agradecido, deixa a terapeuta por algum tempo sentindo uma profunda tristeza e vontade de chorar. F permanece em sua mente até a sessão seguinte, sempre havendo o temor de que não retorne. São comuns seus longos atrasos e faltas, o que estimula ainda mais a preocupação da terapeuta.

Tais pacientes “contaminam” aqueles com quem convivem, invadindo-os com sua angústia e desesperança. É o que F. gera em sua terapeuta, cuja situação angustiante a levou à contra-atuação como resposta inconsciente, fazendo contatos telefônicos quando ele não comparecia à sessão.

O ódio contratransferencial aparece no tratamento com muita frequência através de reações como o sentimento de maldade e aversão (mais comum com pacientes com alto risco de suicídio), podendo ocasionar atuações, negligência no atendimento, o que pode oportunizar uma tentativa suicida. As ameaças suicidas do paciente, fomentadas por atuações e agressões, mobilizam o terapeuta, provocando culpa e ansiedade, deixando-o com a sensação de estar encurralado. Como resposta às agressões do paciente, o terapeuta protege-se num desejo inconsciente de que o paciente morra, terminando sua tormenta, ou que então abandone o tratamento (Tubert, 2000).

Laufer (1996) faz distinção entre os pacientes que apresentam ideação suicida, mas buscam ajuda daqueles que já tentaram suicídio. Os primeiros ainda mantêm condições de duvidarem de seus pensamentos e ações e mantêm algum sentimento de interesse por seus pais. Quanto aos segundos, já perderam a habilidade de duvidar das consequências de seus atos e pouca coisa se modifica internamente como resultado dessa tentativa, permanecendo eles com uma parte morta dentro de si. Alerta-se para a promessa do adolescente de que não vai tentar um novo ato suicida, pois embora possa não estar mentindo, isso não poderá ser mantido enquanto não encontrar um sentido, um significado para o que ocorreu

com ele. Fato esse que, além de entendido, deverá passar a fazer parte da sua vida mental.

Apesar de algumas questões relacionadas ao suicídio na adolescência ainda não estarem muito claras, já é ponto pacífico que não existe um único tipo de funcionamento psicopatológico que explique esse comportamento, pois suas causas são multifatoriais (Botega, et al., 2006). Vimos aqui que para a compreensão das condutas autoagressivas e de risco, é central o conceito de narcisismo, o qual é – e precisa ser – abalado e reformulado durante o período da adolescência. A noção de morte e o início do reconhecimento da possibilidade da própria morte impõem uma limitação narcisista, à qual o jovem terá que se submeter para que possa amadurecer emocionalmente e ingressar na vida adulta.

A busca da própria morte assume diferentes significados para cada indivíduo, não podendo ser meramente reduzida à compreensão de um ataque ao corpo com o objetivo de eliminá-lo. Como a ação é uma característica desse período de vida, a passagem ao ato, como substituto do pensar, surge como uma das formas de expressar e tentar resolver os conflitos internos que ainda não podem ser metabolizados pelo aparelho psíquico. Embora o momento suicida represente um colapso mental, uma falha na capacidade de simbolização e seja em si um gesto de destruição do corpo “real”, pode estar paradoxalmente representando um sinal de esperança, a procura de algo diferente do que está sendo vivido naquele momento. Neste sentido, a tentativa de suicídio não teria propriamente o objetivo de acabar com tudo, senão controlar onipotentemente o que causa sofrimento e levar a um renascimento em melhores condições. Por vezes, o sofrimento é tal que o adolescente não vê outra alternativa senão morrer destruindo, assim, o inimigo que projeta em seu próprio corpo. Resta o questionamento do quanto ele tem noção de que também está destruindo a si mesmo, ou se permanece numa fantasia onipotente de vida eterna, de invulnerabilidade, invencibilidade e imortalidade.

Dentre os diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento de condutas suicidas, destaca-se a importância do contexto familiar, já que esse tem a função de auxiliar o jovem a desenvolver uma adequada capacidade de simbolização, de elaborar em especial o conflito edípico e aprender a lidar com a agressão. Em um estudo recente (Sauceda-Garcia, Lara-Munoz e Focil-Marquez, 2006), identificou-se que conflitos familiares foram os eventos que mais frequentemente precipitaram tentativas de suicídio entre os jovens.

O tratamento psicoterápico com esses adolescentes deve, antes de tudo, ter uma função continente para suas fantasias e intensas angústias, além de possibilitar a adequada expressão da agressão. Aplacar os sentimentos de desamparo e solidão, aprender a colocar em palavras os sentimentos e aflições, poder simbolizar as pulsões destrutivas são aspectos que fazem parte do processo de reconstrução progressiva dos vários fatores que motivaram o ato suicida ou que levaram a concebê-lo como saída inevitável para o impasse em que o jovem se vê. Encontrar palavras para nomear os fantasmas e desejos faz parte do trabalho de busca de um sentido ao ato suicida e demais condutas autodestrutivas, pois somente encarando-os de frente é que esse jovem poderá evoluir, ter uma mente mais saudável e progredir para uma vida sexual e social adulta.

Para que consiga realmente ajudar um adolescente suicida, é imprescindível que o terapeuta tenha bem-resolvidas as questões relacionadas com sua própria adolescência, em especial os assuntos ligados à vida e à morte. Na interação com o paciente, são despertados sentimentos intensos, nem sempre conscientes, e tenta-se alcançar a desesperança do paciente pode levar o terapeuta a um encontro consigo mesmo. A proximidade da morte do outro traz aspectos de indagações sobre a própria existência e sobre o sentido da morte e da vida (Teixeira, 2003). É recomendável, portanto, um contato regular com colegas da área que auxiliem na identificação de pontos cegos e equívocos na condução do caso e com quem possam ser discutidas em especial as reações contratransferenciais que podem entrar o tratamento, levar ao abandono ou até mesmo facilitar a passagem ao ato.

É de suma importância que sejam mais estudados os comportamentos suicidas nessa fase da vida, com o objetivo de divulgação e ações preventivas, em especial junto à escola e à família, lugares onde pode ser feita a detecção precoce e tomadas medidas mais imediatas e efetivas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (AIPS) alertam para a necessidade de se reforçar programas para que seja possível identificar e prevenir o comportamento suicida, para “que não continue sendo visto como um fenômeno-tabu, ou um resultado aceitável de crises pessoais ou sociais”, mas como “uma condição de saúde influenciada por um ambiente psicológico-social e cultural de alto risco” (Ciência e Saúde, 10/09/07).

REFERÊNCIAS

- AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA JUNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 5, p. 535-539, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500007&Ing=pt&nrm=iso>.
- BARRERO, S. A. P. *¿Como evitar el suicidio en adolescentes?* [2005]. Disponível em: <<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>>.
- BOTEGA, N. J. et al. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>>.
- BOUCHARD, G. *Le suicide à la adolescence*. Disponível em: <www.psychomedica.qc.ca/dart7.htm>.
- CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 6, p. 636-645, dez. 2000. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102000000600012&Ing=en&nrm=iso>.
- COLDIBELI, L. (2007). O drama da automutilação. *Guia da semana teen*. Disponível em <http://www.guiadasemana.com.br/noticias.asp?/TEEN/SAO_PAULO/&a=1&ID=16&cd_news=29138&cd_city=1>.
- DIAS, S. A inquietante estranheza do corpo e o diagnóstico na adolescência. *Psicologia-USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, 2000.
- FLECHNER, S. Psicoanálisis y cultura: la clinica actual de pacientes adolescentes em riesgo. Un nuevo desafío? *Revista Latino-Americana de Psicanálise – FEPAL*, v. 4, n. 1, p. 467-482, 2000.
- FRAZÃO, P. De dido a dédalo: reflexões sobre o mito do suicídio romântico na adolescência. *Análise Psicológica*, v. 21, n. 4, p. 453-464, 2003. Disponível em: <www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n4/v21n4a04.pdf>.
- LADAME, F.; OTTINO, J. Las paradojas del suicidio: psicoanálisis con niños y adolescentes. *Revista de Psicoanálisis con niños y Adolescentes*, Buenos Aires, n. 9, 1996.
- LAUFER, M. Entendiendo el suicidio: ¿tiene un significado especial em la adolescencia? Psicoanálisis con niños y adolescentes. *Revista de Psicoanálisis con niños y Adolescentes*, Buenos Aires, n. 9, 1996.
- OLIVEIRA, A.; AMÂNCIO, L.; SAMPAIO, D. Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, v. 19, n. 4, p. 509-521, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a03.pdf>>.
- OMS: 3.000 pessoas por dia cometem suicídio no mundo. *Último Segundo*, 10 set. 2007. Disponível em: <www.ultimosegundo.ig.com.br/ciencia_saude/2007/09/10/oms_3000_pessoas_por_dia_cometem_suicidio_no_mundo_997157.html>.
- OTTINO, J. Psicopatologia, depresión y suicidio em la adolescência. Psicoanálisis con niños y adolescentes. *Revista de Psicoanálisis con niños y Adolescentes*, Buenos Aires, n. 9, 1996.